

Syddansk Universitet

National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa

Andersen, Kristoffer Lande; Jøker Hansen, Anne; Hjulmand-Frandsen, Louise ; Koch - ChristensenKoch-Christensen, Helle ; Skytte Kaa, Bo; Linde, Louise; Moslet, Ulla; Nielsen, Inger Margrethe; Pedersen, Susi; Vesterager Rasmussen, Anne Line; Smidt, Birte ; Telléus, Gry Kjærdsdam; Referencegruppen; Støving, René Klinkby

Publication date:
2016

Document version
Forlagets udgivne version

Document license
Ikke-specificeret

Citation for pulished version (APA):
Referencegruppen (2016). National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa. København: Sundhedsstyrelsen.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



SUNDHEDSSTYRELSEN

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR BEHANDLING AF ANOREXIA NERVOSA

2016

National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa

© Sundhedsstyrelsen, 2016. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 12.09.2016

Format: PDF

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-794-3

Indhold

0	Indledning	9
0.1	Formål	9
0.2	Afgrænsning af patientgruppe	9
0.3	Målgruppe/brugere	10
0.4	Emneafgrænsning	10
0.5	Patientperspektivet	12
0.6	Juridiske forhold	12
1	Varighed af døgnbehandling	13
1.1	Fokuseret spørgsmål 1	13
1.2	Anbefaling	13
1.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	13
1.4	Baggrund for valg af spørgsmål	13
1.5	Litteratur	14
1.6	Gennemgang af evidensen	14
1.7	Arbejdsgruppens overvejelser	14
1.8	Rationale for anbefaling	15
1.9	Evidensprofil	16
2	Gruppebaseret og individuel psykoterapeutisk behandling	17
2.1	Fokuseret spørgsmål 2	17
2.2	Anbefaling	17
2.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	17
2.4	Baggrund for valg af spørgsmål	17
2.5	Litteratur	17
2.6	Gennemgang af evidensen	17
2.7	Arbejdsgruppens overvejelser	18
2.8	Rationale for anbefaling	19
2.9	Evidensprofil	20
3	Skift af behandlingsstrategi	21
3.1	Fokuseret spørgsmål 3	21
3.2	Anbefaling	21
3.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	21
3.4	Baggrund for valg af spørgsmål	22
3.5	Litteratur	22
3.6	Arbejdsgruppens overvejelser	22
3.7	Rationale for anbefaling	23
4	Fokus på kernesymptomer	24
4.1	Fokuseret spørgsmål 4	24
4.2	Anbefaling	24
4.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	24
4.4	Baggrund for valg af spørgsmål	24
4.5	Litteratur	25
4.6	Gennemgang af evidensen	25
4.7	Arbejdsgruppens overvejelser	26
4.8	Rationale for anbefaling	26
4.9	Evidensprofil	27
5	Specifikke mål for vægtindhentning	30
5.1	Fokuseret spørgsmål 5	30
5.2	Anbefaling	30
5.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	30
5.4	Baggrund for valg af spørgsmål	30

5.5	Litteratur	31
5.6	Gennemgang af evidensen	31
5.7	Arbejdsgruppens overvejelser	31
5.8	Rationale for anbefaling	32
5.9	Evidensprofil	32
6	Vægtmæssigt mål for behandlingen	34
6.1	Fokuseret spørgsmål 6	34
6.2	Anbefaling	34
6.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	34
6.4	Baggrund for valg af spørgsmål	34
6.5	Litteratur	35
6.6	Arbejdsgruppens overvejelser	35
6.7	Rationale for anbefaling	36
7	Familiebaseret behandling	37
7.1	Fokuseret spørgsmål 7	37
7.2	Anbefaling	37
7.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	37
7.4	Baggrund for valg af spørgsmål	37
7.5	Litteratur	37
7.6	Gennemgang af evidensen	37
7.7	Arbejdsgruppens overvejelser	38
7.8	Rationale for anbefaling	39
7.9	Evidensprofil	40
8	Inddragelse af pårørende/netværk	42
8.1	Fokuseret spørgsmål 8	42
8.2	Anbefaling	42
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	42
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	42
8.5	Litteratur	42
8.6	Gennemgang af evidensen	43
8.7	Arbejdsgruppens overvejelser	43
8.8	Rationale for anbefaling	44
8.9	Evidensprofil	44
9	Måltidsstøtte/spisetræning	46
9.1	Fokuseret spørgsmål 9	46
9.2	Anbefaling	46
9.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	46
9.4	Baggrund for valg af spørgsmål	46
9.5	Litteratur	46
9.6	Arbejdsgruppens overvejelser	47
9.7	Rationale for anbefaling	47
10	Fysisk aktivitet	48
10.1	Fokuseret spørgsmål 10	48
10.2	Anbefaling	48
10.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	48
10.4	Baggrund for valg af spørgsmål	48
10.5	Litteratur	48
10.6	Gennemgang af evidensen	48
10.7	Arbejdsgruppens overvejelser	49
10.8	Rationale for anbefaling	50
10.9	Evidensprofil	50
11	Referenceliste	53
12	Bilag	59

Bilag 1: Baggrund	60
Bilag 2: Implementering	62
Bilag 3: Monitorering	63
Bilag 4: Opdatering og videre forskning	64
Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode	65
Bilag 6: Fokuserede spørgsmål	66
Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer	67
Bilag 8: Søgebeskrivelse og evidensvurderinger	70
Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen	72
Bilag 10: Forkortelser og begreber	75

EVIDENSENS KVALITET – DE FIRE NIVEAUER

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). For yderligere beskrivelse se bilag 7.

Høj (⊕⊕⊕⊕)

Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

Moderat (⊕⊕⊕○)

Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

Lav (⊕⊕○○)

Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Meget lav (⊕○○○)

Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

ANBEFALINGENS STYRKE

Stærk anbefaling for ↑↑

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for, når de samlede fordele ved interventionen vurderes at være klart større end ulemperne.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

God praksis ✓

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

Centrale budskaber

Døgnbehandling af kortere varighed

↑ *Børn og unge*: Udskriv børn og unge med anoreksi til fortsat specialiseret behandling i dagtilbud eller ambulant regi snarest muligt efter påbegyndt vægtindhentning ved selvstændig spisning (⊕⊕⊕○).

√ *Voksne*: Det er god praksis at lade påbegyndt vægtindhentning ved selvstændig spisning være bestemmende for varigheden af indlæggelse af voksne med anoreksi.

Gruppebaseret og individuel psykoterapeutisk behandling

↑ Psykoterapeutisk behandling i gruppe samt individuel psykoterapeutisk behandling kan begge overvejes som førstevalg i behandlingen af patienter med anoreksi, da der ikke er fundet forskel på effekten af disse (⊕○○○).

Skift af behandlingsstrategi

√ *Børn og unge*: Det er god praksis, at en behandling for anoreksi evalueres sammen med patienten og familien med henblik på intensivering eller skift, hvis der ikke ses en effekt, fortrinsvis i form af vægtindhentning, inden for de første 1-2 måneder.

√ *Voksne*: Det er god praksis, at en behandling for anoreksi evalueres sammen med patienten og pårørende med henblik på evt. intensivering, skift eller afslutning, hvis der ikke ses en effekt, fortrinsvis i form af vægtindhentning, inden for de første 6-12 sessioner/1-3 måneder. Dette gælder også for langvarigt, alvorligt syge patienter.

Fokus på kernesymptomer

↑ *Børn og unge*: Overvej at tilbyde behandling med fokus på kernesymptomerne ved anoreksi hos børn og unge (⊕⊕○○).

↑ *Voksne*: Overvej at tilbyde behandling med fokus på kernesymptomerne og med et bredere fokus ved anoreksi hos voksne (⊕⊕○○).

Specifikke mål for vægtindhentning

√ *Børn og unge*: Det er god praksis at opstille specifikke mål for vægtindhentning i behandlingen af børn og unge med anoreksi.

↑ *Voksne*: Overvej at opstille specifikke mål for vægtindhentning i behandlingen af voksne med anoreksi, da dette kan øge vægtindhentning og symptomreduktion (⊕○○○).

Vægtmæssigt mål for behandlingen

√ *Børn og unge*: Det er god praksis, at behandlingen af børn og unge med anoreksi stiler mod at ramme barnets/den unges tidligere vækstkurve eller - hvis denne ikke kendes – omkring 50-percentilen på højde-vægt-kurven for børn og unge. Menstruation/libido og øvrig kropsudvikling skal endvidere normaliseres.

√ *Voksne*: Det er god praksis, at behandlingen af voksne med anoreksi stiler mod et BMI på 20-25 kg/m² for kvinder og et BMI på 21-26 kg/m² for mænd samt normalisering af menstruation/libido og fedtprocent.

Familiebaseret behandling

↑ Overvej familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling som førstevalg til børn og unge med anoreksi (⊕⊕○○).

Inddragelse af pårørende/netværk

↑ Overvej ud fra individuelle hensyn at tilbyde voksne med anoreksi en behandlingsform, der inddrager voksne pårørende/netværk som en aktiv del af behandlingen (⊕○○○).

Måltidsstøtte/spisetræning

√ Det er god praksis at tilbyde måltidsstøtte/spisetræning som supplement til vanlig behandling af patienter med anoreksi i ambulant regi.

Fysisk aktivitet

↑ Overvej at tilbyde fysisk aktivitet under vejledning i vægtøgningsfasen som supplement til vanlig behandling af patienter med anoreksi (⊕○○○).

0 Indledning

0.1 Formål

Formålet med de nationale kliniske retningslinjer er at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og videnudveksling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

En national klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. *hvad* der skal gøres og *hvem* er det relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (dvs. *hvem* skal tilbydes indsatsen og *hvem* der skal tilbyde indsatsen) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på *ressourcerne* og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Anorexia nervosa (betegnes herefter anoreksi) er en alvorlig og kompleks lidelse, som kræver specialiseret behandling. Anoreksi har den højeste dødelighed blandt psykiatriske lidelser og medfører ofte funktionsnedsættelse og forringet livskvalitet⁽¹⁾. En dansk national klinisk retningslinje kan øge opmærksomheden på evidensen på området samt vigtigheden af hurtigt igangsat og relevant behandling.

Behandling af patienter med anoreksi er i høj grad tværfaglig, og de dele af behandlingsindsatsen, som denne retningslinje undersøger, kan således sjældent stå alene. Behandlingen bør være flersporet og rette sig mod en kombination af biologiske, psykologiske og sociale forhold. Det forudsætter, at behandlingen opbygges i et tværfagligt samarbejde, som pågår inden, undervejs og efter et behandlingsforløb. For patienter med langvarig alvorlig anoreksi kan der være behov for rehabiliterende indsatser, hvor tæt koordination og samarbejde mellem psykiatrien, almen praksis og kommunale aktører er nødvendigt.

Generelt forventes non-specifikke faktorer, såsom patientens motivation og den terapeutiske alliance, at spille en rolle for effekten af behandlingen. Patienter med anoreksi er ofte præget af stor ambivalens, og undervejs i behandlingen kan objektive og subjektive aspekter af sygdommen kollidere. Dette kan medføre, at patienten og behandleren er uenige om behandlingens form. Det er behandlerens ansvar at kommunikere tydeligt om behandlingsvalg og forstå, at ambivalensen hos patienten er en del af sygdommen. I perioder med lav motivation er det vigtigt, at patienten ikke bliver tabt af behandlingssystemet, men tilbydes en behandlingsform, som er passende i det enkelte tilfælde. Dette kræver, at behandlerne har specialiseret viden og efteruddannelse om anoreksi samt løbende modtager supervision.

0.2 Afgrænsning af patientgruppe

Denne retningslinje omhandler behandling af børn, unge og voksne med anoreksi. Det er specificeret i retningslinjen, når en anbefaling gælder for en særlig aldersgruppe. Retningslinjen omfatter patienter med forskellig sygdomsvarighed. Det vil være beskrevet under praktiske råd i de enkelte kapitler, hvis der er behov for særlige overvejelser afhængig af sygdomslængde og tidligere behandlingsforsøg.

WHO's diagnosesystem, ICD-10, klassificerer anoreksi som F50.0 (Anorexia Nervosa) samt F50.1 (Atypisk Anorexia Nervosa)⁽²⁾. Begge klassifikationer omfattes af denne retningslinje. Forskningen på anoreksiområdet inkluderer oftest patienter på baggrund af kri-

terierne i det amerikanske diagnosesystem, DSM-IV/DSM-5^(3,4). En mindre gruppe af patienter vil diagnosticeres med anoreksi ifølge DSM-IV/DSM-5, men med bulimi ifølge ICD-10. Dette vil være tilfældet, hvis bulimiske episoder er til stede udover de øvrige symptomer på anoreksi. Det vurderes, at denne forskel ikke påvirker anbefalingerne i retningslinjen.

Sundhedsstyrelsens referenceprogram for spiseforstyrrelser samt internationale retningslinjer inddeler anoreksi i sygdomsgraderne 1-5^(5,6). Sygdomsgraderne er flydende, og en stor del af patienter med anoreksi vil skifte sygdomsgrad undervejs i et behandlingsforløb. Særligt ved sygdomsgrad 4-5 kan patienterne have behov for en akut indsats, hvor nogle behandlingselementer må udsættes, indtil patienten vurderes at kunne profitere af disse. I Danmark bliver patienter med sygdomsgrad 2-5 oftest behandlet i sekundærsektoren. Dette omfatter både behandlingssteder med hovedfunktion, regionsfunktion og højt-specialiseret funktion, jf. Sundhedsstyrelsens gældende specialevejledning. Mild grad af anoreksi (grad 1) bør forsøges behandlet i primærsektoren⁽⁵⁾.

Retningslinjen fokuserer primært på specialiseret spiseforstyrrelsesbehandling, som oftest finder sted i sekundærsektoren, men anbefalingerne er ligeledes relevante for indsatsen i primærsektoren.

0.3 Målgruppe/brugere

Denne retningslinje henvender sig til sundhedsprofessionelle, som beskæftiger sig med behandling af patienter med anoreksi. Det vil sige en bredt sammensat gruppe af fagfolk såsom læger, psykologer, sygeplejersker, fysioterapeuter, pædagoger, diætister m.fl.

Sekundært henvender retningslinjen sig til sundhedsprofessionelle i andre dele af sundhedsvæsenet, f.eks. alment praktiserende læger samt personale på sygehuse og i kommunerne, som møder patienter med anoreksi. Viden om evidensbaseret behandling kan være med til at øge opmærksomheden på korrekt henvisning til specialiseret spiseforstyrrelsesbehandling.

Patienter og pårørende kan ligeledes orientere sig i retningslinjen. Derudover henvender retningslinjen sig til beslutningstagere på området og kan tjene som information til andre involverede parter.

0.4 Emneafgrænsning

Denne nationale kliniske retningslinje beskæftiger sig kun med enkelte dele af behandlingsindsatsen. Det skal pointeres, at der ikke er tale om en udtømmende beskrivelse af evidensbaseret behandling af anoreksi, og retningslinjen er ikke en guideline eller klinisk behandlingsstandard for hele behandlingsforløbet. Retningslinjen erstatter således ikke Sundhedsstyrelsens referenceprogram for spiseforstyrrelser fra 2005⁽⁵⁾, men opdaterer og udbygger den evidensbaserede viden om behandlingen af børn, unge og voksne med anoreksi på udvalgte områder.

Den rehabiliterende indsats er ikke indbefattet af denne retningslinje. Der henvises til Socialstyrelsens nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser fra 2015⁽⁷⁾.

Retningslinjen beskæftiger sig ligeledes ikke med specifikke somatiske aspekter ved behandlingen af anoreksi. Der henvises til kliniske retningslinjer fra Dansk Endokrinologisk

Selskab, som forventes offentliggjort i december 2016/januar 2017, samt de engelske retningslinjer for behandling af langvarigt syge patienter med anoreksi^(8,9).

Arbejdsgruppen har valgt at fokusere på områder, hvor arbejdsgruppen vurderer, at evidensgrundlaget ikke er tilstrækkeligt kendt i den kliniske praksis, eller hvor evidensgrundlaget er sparsomt, hvilket afspejles i stor variation i praksis på tværs af landet. Visse områder er dog juridisk reguleret, og eksempelvis indikationer for tvangsbehandling ved anoreksi er derfor ikke undersøgt i denne retningslinje.

Arbejdsgruppen har valgt at undersøge både outcomes, som er del af de diagnostiske kriterier for anoreksi, og outcomes, som relaterer sig til andre dele af patientens liv såsom livskvalitet og familiens funktion. De valgte outcomes, som undersøger symptomer på anoreksi, er spiseforstyrrelsesadfærd, psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer og kropsvægt. Arbejdsgruppen har vurderet, at både psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer og kropsvægt ved længste follow-up er kritiske outcomes. Mange studier rapporterer dog kun vægten som outcome, og derfor er der for flere af de undersøgte spørgsmål primært rapporteret resultater i forhold til vægt. Arbejdsgruppen vurderer, at vægt er et centralt outcome, som er nemt at monitorere og bruge i den kliniske hverdag. Dette betyder dog ikke, at vægt kan stå alene som mål for behandlingens effekt, og det har derfor været vigtigt for arbejdsgruppen også at undersøge eksempelvis effekten af behandlingsindsatser på psykologiske symptomer og patientens livskvalitet.

Baggrundsstudier viser, at vægtøgning hos børn og unge tidligt i behandlingsforløbet er en prædikator for positiv effekt af behandlingen målt ved behandlingsafslutning og follow-up⁽¹⁰⁻¹²⁾. Litteraturen viser samtidig, at vægtøgning hos voksne med langvarig anoreksi er forbundet med symptomreduktion og øget livskvalitet⁽¹³⁾. Selvom nogle patienter ønsker en behandling, der fokuserer på følelsesmæssigt velbefindende forud for vægtøgning, tyder forskning på, at vægtøgning er forbundet med psykologisk bedring, og at varighed af undervægt har betydning for patientens prognose.

Normalisering af kropsvægt er således central for behandlingen af anoreksi, og det er behandlerens ansvar at sikre patientens forståelse for, hvorfor der er behov for at arbejde med kropsvægt og spisning, samtidig med at behandlingen fokuserer på andre symptomer samt patientens generelle trivsel.

Arbejdsgruppen ønskede, at størstedelen af de fokuserede spørgsmål skulle undersøge interventionernes effekt for subgrupperne børn og unge, voksne med kortere sygdomsvarighed samt voksne med langvarig, alvorlig anoreksi, da der kan være betydelige forskelle mellem disse gruppers behov. Imidlertid blev der ikke fundet relevante studier, der specifikt undersøger gruppen af langvarigt, alvorligt syge voksne. I stedet henvises til de engelske retningslinjer for behandling af alvorligt syge patienter^(8,9).

Det er centralt at tage højde for komorbiditet i behandlingsplanlægningen, idet komorbiditet kan komplicere behandlingen på forskellig vis og i forskellig udstrækning. Givet rammerne for arbejdet med denne retningslinje har det ikke været muligt at give særskilte anbefalinger herfor. I litteratursøgningen til retningslinjen har komorbiditet dog ikke været et eksklusionskriterium.

Denne retningslinje tydeliggør et stort behov for yderligere forskning på spiseforstyrrelsesområdet, og en ensartet udredning samt monitorering vil forbedre datagrundlaget herfor (eksempler på instrumenter, som kan benyttes til udredning og systematisk monitorering af spiseforstyrrelsessymptomer, er beskrevet i bilag 3).

Evidensgrundlaget for denne retningslinje er spinkelt, da der er gennemført forholdsvis få randomiserede kontrollerede studier (RCT-studier) på området. Psykoterapeutiske behandlinger for anoreksi er vanskelige at gennemføre i et RCT-format, da behandlingen, især for voksne, ofte er langvarig og skifter i intensitet afhængigt af den enkeltes bedring eller forværring. Nogle dele af behandlingen af patienter med anoreksi er således svære at randomisere til og kan være af en sådan karakter, at RCT-studier ikke er etisk forsvarlige. Eftersom antallet af RCT-studier er begrænset, er der for to fokuserede spørgsmål søgt efter observationelle studier. Det drejer sig om spørgsmål 5, hvor der ingen RCT-studier blev fundet, og om spørgsmål 8, hvor de to RCT-studier kun dækkede én blandt flere typer relevante interventioner, og et systematisk review desuden viste, at der var et antal observationelle studier med en anden relevant type intervention. Der er ikke søgt observationelle studier for alle fokuserede spørgsmål, da GRADE-kriterierne vægter RCT-studier tungest (jf. bilag 5), og da det ikke var muligt inden for rammerne for det aktuelle arbejde.

En stærk anbefaling forudsætter ifølge GRADE-metoden (jf. bilag 7), at evidensens kvalitet samt patientpræferencer er relativt entydige. Det begrænsede antal RCT-studier og det faktum, at de fleste interventioner i behandlingen af anoreksi er følsomme for patientpræferencer, betyder, at anbefalingerne i denne retningslinje oftest er svage, selvom klinisk erfaring muligvis taler stærkt for brugen af en særlig behandlingsform.

0.5 Patientperspektivet

Det er vigtigt, at patientens værdier og præferencer løbende inddrages i patientforløbet. I denne retningslinje er patientperspektivet repræsenteret ved, at to tidligere patienter med anoreksi var en del af arbejdsgruppen (efterfølgende kaldet brugerrepræsentanter), samt at en repræsentant fra patient- og pårørendeorganisationen Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS) sad med i referencegruppen. LMS har været behjælpelig med at foreslå de to brugerrepræsentanter til arbejdsgruppen. Derudover har retningslinjen været sendt i bred offentlig høring, hvor alle interesserede har haft mulighed for at afgive høringssvar. Medlemmerne af arbejds- og referencegruppen samt høringsparter fremgår af bilag 9.

0.6 Juridiske forhold

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab.

Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, og patienter kan også orientere sig i retningslinjerne.

Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse.

Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

1 Varighed af døgnbehandling

1.1 Fokuseret spørgsmål 1

Bør døgnbehandling af patienter med anoreksi være af kort varighed, således at patienterne overgår til intensiv behandling i ambulant regi efter påbegyndt vægtindhentning ved selvstændig spisning?

1.2 anbefaling

↑↑ **Børn og unge:** Udskriv børn og unge med anoreksi til fortsat specialiseret behandling i dagtilbud eller ambulant regi snarest muligt efter påbegyndt vægtindhentning ved selvstændig spisning (⊕⊕⊕○).

√ **Voksne:** Det er god praksis at lade påbegyndt vægtindhentning ved selvstændig spisning være bestemmende for varigheden af indlæggelse af voksne med anoreksi.

1.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det gælder generelt for alle patienter, at patienten skal være somatisk stabil, inden patienten udskrives. Selvstændig spisning bør være en forudsætning for udskrivelse.

Tidlig udskrivelse forudsætter som oftest intensiv behandling i dagtilbud eller ambulant regi. Længden af indlæggelsen vil derfor bl.a. afhænge af, om der inden for en rimelig geografisk afstand er sådanne behandlingsmuligheder. Utilstrækkelig støtte til patienten eller (for børn og unge) familien kan medføre længere indlæggelser og/eller genindlæggelser.

Selvstændig spisning indbefatter spisning med støtte fra andre. For børn og unge varetager forældrene så vidt muligt støtten til spisning, og udskrivelse kan derfor finde sted, når barnet eller den unge kan spise med støtte fra forældrene, men uden sondeberedskab. Det er altid centralt, at forældre vejledes og oplæres i at støtte barnet eller den unge efter udskrivelse. Det er desuden vigtigt, at der kan etableres relevant social støtte og aflastning til de familier, som ikke har ressourcer til på egen hånd at varetage støtten til barnet eller den unge efter udskrivelsen. For voksne kan selvstændig spisning ligeledes indbefatte spisning med støtte fra andre, f.eks. pårørende eller professionelle støttepersoner.

Også patienter med langvarig, alvorlig anoreksi er omfattet af forudsætningen om selvstændig spisning før udskrivelse.

Klinisk erfaring taler for, at patienter med komorbiditet i det autistiske spektrum kan have sværere end andre ved at forlade det strukturerede hospitalsmiljø, når de først er faldet til i det. De kan desuden have sværere ved at overføre ny adfærd fra hospitals- til hjemmemiljøet. Derfor er det særlig vigtigt for denne gruppe patienter, at mest muligt af behandlingen foregår i hjemmemiljøet.

1.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Eksisterende internationale retningslinjer peger på, at døgnindlæggelse er nødvendig, når patientens somatiske eller psykiatriske helbred er truet^(1,6,14). Det er derimod ikke velbelyst, om der er indikation for at fortsætte døgnbehandlingen udover det akutte stadium. Der har tidligere været praksis for døgnindlæggelser indtil fuld vægtrestitution, men der sættes i stigende grad spørgsmålstejn ved denne praksis på grund af mulige negative føl-

gevirksninger af længere døgnindlæggelse, såsom isolation fra familie, skole- og fritidsmiljø, samt stigmatisering. Det forudsættes med spørgsmålet, at en kort døgnindlæggelse ikke står alene, men følges op af intensiv behandling i dagtilbud eller ambulant regi.

1.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review⁽¹⁵⁾, hvorfra der er inkluderet to studier^(16,17), begge udelukkende med unge patienter, N=254. Der blev ikke fundet yderligere studier ved en opdateret søgning. Flow charts findes på [sst.dk](#).

1.6 Gennemgang af evidensen

De inkluderede studier er begge randomiserede kontrollerede studier. Herpertz-Dahlmann et al.⁽¹⁶⁾ sammenlignede tre ugers indlæggelse efterfulgt af dagbehandling med fortsat indlæggelse til vægtnormalisering hos 172 unge i alderen 11-18 år. Madden et al.⁽¹⁷⁾ sammenlignede kortere indlæggelse til somatisk stabilisering efterfulgt af 20 sessioner med FBT (manualiseret familiebaseret terapi) med længere indlæggelse til vægtnormalisering efterfulgt af 20 sessioner med FBT. Deltagerne var 82 unge i alderen 12-18 år, akut indlagt på pædiatrisk afdeling på grund af tegn på ustabil somatisk tilstand (lav puls, temperatur eller blodtryk, hjerterytme-forstyrrelse eller ortostatisk instabilitet).

Begge studier fandt, at de to grupper havde opnået samme forbedring af BMI og samme reduktion af psykologiske symptomer ved 1 års follow-up. Studierne fandt ikke forskel på antallet af genindlæggelser efter henholdsvis kortere og længere indlæggelse. Herpertz-Dahlmann et al.⁽¹⁶⁾ fandt, at gruppen med kortere indlæggelse fik større reduktion af adfærdssymptomer. Madden et al.⁽¹⁷⁾ fandt, at samme andel af patienterne i hver gruppe havde opnået hel eller delvis helbredelse ved 1 års follow-up.

Kvaliteten af evidensen er moderat. Begge studier er velgennemførte, men har visse problemer med bias. De to kritiske outcomes besvares i begge studier.

1.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er moderat, hvad angår børn og unge. Der blev ikke fundet studier med voksne patienter.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Den fundne evidens viser, at børn og unge med anoreksi får lige så godt udbytte af en kortere som af en længere indlæggelse, forudsat at indlæggelsen følges op af specialiseret behandling i ambulant regi.</p> <p>Arbejdsgruppen vurderer, at den kortvarige indlæggelse er at foretrække for både børn, unge og voksne, da den indebærer en mere kortvarig indgriben i patientens hverdag og sociale liv samt mindre grad af stigmatisering. For børn og unge kan en kortvarig indlæggelse muliggøre hurtig tilbagevenden til skolegang i eget miljø og derved i mindre grad påvirke barnets/den unges ud-</p>

	<p>vikling.</p> <p>Forældre til børn og unge kan opleve omsorgsbyrden for stor ved en tidlig udskrivelse, da barnet/den unge forsat vil have behov for tæt støtte og observation.</p>
Patientpræferencer	<p>Varighed af døgnbehandling er følsomt for individuelle præferencer. Nogle patienter vil foretrække at være mest muligt hjemme, mens andre patienter kan foretrække en pause fra deres eget miljø, f.eks. som følge af et højt konfliktniveau omkring spiseforstyrrelsen, dårlig trivsel i hjemmemiljø og/eller et ønske om at kunne fralægge sig medansvar for spisning i en periode. Der mangler viden om, hvorvidt det er gavnligt eller skadeligt for patientens prognose at vælge døgnindlæggelse som en "pause" fra nedsat trivsel og spiseansvar derhjemme.</p>
Andre overvejelser	<p>Der synes at være lokale forskelle i forhold til, hvordan støtten til patient og familie varetages efter udskrivelse. Der kan endvidere være uklarhed om grænsen mellem primær- og sekundærsektors omsorgsansvar.</p>

1.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke er dokumentation for, at døgnbehandling af længere varighed har bedre effekt end døgnbehandling af kortere varighed efterfulgt af intensiv behandling i dagtilbud eller ambulant regi. Desuden blev der lagt vægt på de mulige skadelige virkninger af langvarig indlæggelse på patientens samlede funktionsniveau og tilknytning til hjemmemiljø. De negative effekter af langvarig indlæggelse vurderes at være aktuelle i en vis grad for voksne såvel som for børn og unge.

1.9 Evidensprofil

Varighed af døgnbehandling ved anoreksi							
Population: Patienter med anoreksi							
Intervention: Indlæggelse af kortere varighed til påbegyndt vægtindhentning ved selvstændig spisning							
Sammenligning: Længere indlæggelse til vægtnormalisering							
Outcomes <i>Tidsramme</i>	Absolut effekt * (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal delta- gere (studier)	Evidens- niveau (GRADE)	Kommen- tarer
	Lang ind- læggelse	Kort ind- læggelse	Forskel med kort ind- læggelse				
Kropsvægt (body weight), %EBW <i>Længste follow-up</i>	Median 86,8	Median 88,0	MD 1,55 (3,48 flere til 0,38 færre)		243 (2) ^(16,17)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODE- RAT ¹	Kritisk out- come.
Psykologiske symptomer (psychological symptoms), EDE global <i>Længste follow-up</i>			SMD 0,16 (0,42 færre til 0,1 flere)		225 (2) ^(16,17)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODE- RAT ¹	Kritisk out- come.
Adfærdssymptomer (behavioural symptoms), MROAS subskala A <i>Længste follow-up</i>	Median 6,6	Median 7,7	MD 1,1 (2,14 flere til 0,06 flere)		140 (1) ⁽¹⁶⁾	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV ^{1,2}	Vigtigt out- come.
Kropsvægt (body weight), %EBW <i>Endt behandling</i>	Median 88,1	Median 89,0	MD 1,12 (2,27 flere til 0,04 færre)		254 (2) ^(16,17)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODE- RAT ¹	Vigtigt out- come.
Psykologiske symptomer (psychological symptoms), EDE global <i>Endt behandling</i>	Median 2,22	Median 2,12	MD 0,1 (0,59 færre til 0,39 flere)		82 (1) ⁽¹⁷⁾	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV ^{1,2}	Vigtigt out- come.
Adfærdssymptomer (behavioural symptoms) <i>Endt behandling</i>							Vigtigt out- come. Ingen data på dette outcome.
Recovery rate <i>Længste follow-up</i>	276,0 per 1000	301,0 per 1000 (201 til 449)	25 flere per 1000 (75 færre - 174 flere)	1,09 (0,73 til 1,63)	250 (2) ^(16,17)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODE- RAT ¹	Vigtigt out- come.
Dropout <i>Endt behandling</i>	143,0 per 1000	187,0 per 1000 (50 til 709)	44 flere per 1000 (93 færre - 566 flere)	1,31 (0,35 til 4,96)	254 (2) ^(16,17)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODE- RAT ¹	Vigtigt out- come.
Indlæggelser (hospitalisations) <i>Længste follow-up</i>	268,0 per 1000	236,0 per 1000 (155 til 361)	32 flere per 1000 (94 færre - 113 flere)	0,88 (0,58 til 1,35)	255 (2) ^(16,17)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MODE- RAT ¹	Vigtigt out- come.
Livskvalitet (quality of life) <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt out- come. Ingen data på dette outcome.
Anm. Betydningen af forkortelser og begreber er angivet i bilag 10.							
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle.							
1 Risiko for bias pga. manglende eller utilstrækkelig blinding af deltagere eller personale.							
2 Risiko for upræcist effektestimat, fordi der kun er data fra et studie.							
GRADE evidensniveauer:							
Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.							
Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.							
Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.							
Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.							

2 Gruppebaseret og individuel psykoterapeutisk behandling

2.1 Fokuseret spørgsmål 2

Bør patienter med anoreksi tilbydes psykoterapeutisk behandling i gruppe eller individuel psykoterapeutisk behandling som førstevalgsbehandling?

2.2 Anbefaling

↑ Psykoterapeutisk behandling i gruppe samt individuel psykoterapeutisk behandling kan begge overvejes som førstevalg i behandlingen af patienter med anoreksi, da der ikke er fundet forskel på effekten af disse (⊕○○○).

2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Valget af gruppebaseret og individuel psykoterapeutisk behandling eller en kombination af disse bør ske på grundlag af en individuel vurdering. Nogle patienter bliver muligvis tabt i behandlingssystemet, hvis gruppebehandling er det eneste tilbud.

2.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Gruppebaseret samt individuel psykoterapeutisk behandling tilbydes begge i Danmark, men tilbuddene varierer afhængigt af behandlingssted. Der er behov for en afklaring af, om den ene behandlingsform er at foretrække frem for den anden. Arbejdsgruppen ønskede med spørgsmålet således at undersøge evidensen for effekten af gruppebaseret versus individuel psykoterapeutisk behandling. Det kunne også have været interessant at se på kombineret gruppebaseret samt individuel psykoterapeutisk behandling versus gruppebaseret og/eller individuel psykoterapeutisk behandling alene, men det er ikke udvalgt som fokuseret spørgsmål for denne nationale kliniske retningslinje.

2.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et randomiseret studie⁽¹⁸⁾, N=40. Det fundne studie indgår i en NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) guideline⁽¹⁾. Søgningen efter systematiske reviews samt primærstudier gav ingen fund. Flow charts findes på sst.dk.

2.6 Gennemgang af evidensen

Det inkluderede studie er et randomiseret kontrolleret studie. Populationen bestod af unge kvinder med en gennemsnitsalder på 20 år. Interventionen bestod af 10 sessioner med ambulant gruppeterapi, og indholdet relaterede sig både specifikt til symptomer på anoreksi og til andre vanskeligheder, som kunne være relaterede til sygdommen. Forældrene modtog et parallelt gruppertilbud, ligeledes med 10 sessioner og med fokus på psykoedukation og støtte. Kontrolgruppen blev tilbudt individuel terapi, hvor forældrene kunne deltage efter behov. Det beskrives ikke, hvor meget forældrene var del af den individuelle behandling. Forældrenes rolle i de to behandlingsarme kan dermed variere, hvilket kan påvirke studiets fund⁽¹⁸⁾.

Der blev ikke fundet klinisk relevante forskelle mellem behandlingsgrupperne, hvad angår de rapporterede outcomes, som alle blev målt ved behandlingsafslutning. Dog rapporteres om større frafald i gruppebehandling sammenlignet med individuel behandling.

De to kritiske outcomes er ikke besvaret i studiet. Kvaliteten af evidensen bliver dermed meget lav.

2.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Den fundne evidens viser ingen forskel i effekt af individuel behandling og gruppebehandling ved behandlingsafslutning. Dog rapporteres om større frafald i gruppebehandling sammenlignet med individuel behandling.</p> <p>Individuel behandling indebærer en større fleksibilitet for patienten og giver mulighed for at arbejde med individuelle problemstillinger.</p> <p>Gruppebehandling kan bekræfte patienten i, at han/hun ikke er alene med sin sygdom, hvilket kan mindske følelsen af isolation. Gruppebehandling kan virke motiverende for patienten, eftersom medpatienters fortællinger kan være med til at tydeliggøre de negative konsekvenser af anoreksi, og medpatienters fremskridt kan være med til at motivere til egne fremskridt. Gruppebehandling kan omvendt også skabe uhenigtsmæssige "smitteeffekter", hvor patienterne fastholder hinanden i anorektiske mønstre. Nogle patienter kan have svært ved at adskille egne behandlingsmål fra medpatienters mål, hvilket kan mindske motivationen for bedring og forværre symptomerne på anoreksi.</p>
Patientpræferencer	<p>Behandlingsformat er følsomt for individuelle præferencer, som kan afhænge af erfaringer med tidligere behandlingsforløb. Nogle patienter vil foretrække den individuelle behandling, f.eks. hvis patienten er bange for ikke at passe ind eller for at blive mere syg af medpatienterne i gruppen. Det er dog arbejdsgruppens erfaring, at mange patienter bliver glade for gruppebehandling, når de er kommet godt i gang. Arbejdsgruppen vurderer, at der ofte vil være en præference for en kombination af gruppe-</p>

	pebaseret og individuel psykoterapeutisk behandling.
Andre overvejelser	<p>Individuel behandling er som udgangspunkt dyrere end gruppebehandling. Hvis frafaldet er større i gruppebehandlingen, er gruppebehandling dog ikke nødvendigvis mere omkostningseffektivt end individuel behandling.</p> <p>Ved gruppebehandling kan flere patienter starte hurtigere i behandling frem for at vente på individuelle forløb.</p>

2.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke er dokumentation for forskel i effekten af gruppebaseret og individuel psykoterapeutisk behandling, og at valg af behandlingsformat er præferencefølsomt.

2.9 Evidensprofil

Gruppebaseret behandling sammenlignet med individuel behandling for anoreksi							
Population: Patienter med anoreksi							
Intervention: Gruppeterapi							
Sammenligning: Individuel terapi							
Outcome Tidsramme	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal delta- gere (studi- er)	Evidens- niveau (GRADE)	Kommenta- rer
	Individuel terapi	Gruppete- rapi	Forskel med grup- peterapi				
Kropsvægt (body weight) <i>Længste follow-up</i>							Kritisk out- come. Ingen data på dette outcome
Psykologiske symptomer (psy- chological symp- toms) <i>Længste follow-up</i>							Kritisk out- come. Ingen data på dette outcome
Adfærdssymptom- er (behavioural symptoms) <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt out- come. Ingen data på dette outcome
Kropsvægt (body weight), vægtøg- ning i kg <i>Endt behandling</i>	Gennemsnit 9,0	Gennemsnit 10,2	MD 1,2 (5.48 flere til 3,08 fær- re)		40 (1) ⁽¹⁸⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,3,4}	Vigtigt out- come.
Psykologiske symptomer (psy- chological symp- toms) <i>Endt behandling</i>							Vigtigt out- come. Ingen data på dette outcome
Adfærdssympto- mer (behavioural symptoms) <i>Endt behandling</i>			SMD 0,3 (0,92 flere til 0,32 fær- re)		40 (1) ⁽¹⁸⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3,4}	Vigtigt out- come.
Recovery rate, MROAS global <i>Længste follow-up</i>	Gennemsnit 6,4	Gennemsnit 6,2	MD -0,2 (1,61 flere til 2,01 fær- re)		40 (1) ⁽¹⁸⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,4,5}	Vigtigt out- come.
Dropout <i>Endt behandling</i>	100,0 per 1000	150,0 per 1000 (28 til 804)	50 flere per 1000 (72 færre - 704 flere)	1,5 (0,28 til 8,04)	40 (1) ⁽¹⁸⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3,4}	Vigtigt out- come.
Indlæggelser (hos- pitalisations) <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt out- come. Ingen data på dette outcome
Livskvalitet (quali- ty of life) <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt out- come. Ingen data på dette outcome
Anm. Betydningen af forkortelser og begreber er angivet i bilag 10.							
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle.							
1 Risiko for bias pga. varierende interventionslængde.							
2 Risiko for bias pga. manglende eller utilstrækkelig blinding af deltagere eller personale.							
3 Risiko for upræcist effektestimat grundet brede konfidensintervaller.							
4 Risiko for stor usikkerhed pga. lille studiepopulation.							
5 Risiko for manglende overførbare grundet utilstrækkelig tidsramme.							
GRADE evidensniveauer:							
Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.							
Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.							
Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.							
Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt							

3 Skift af behandlingsstrategi

3.1 Fokuseret spørgsmål 3

Bør man skifte behandlingsstrategi/øge intensiteten af behandlingen af patienter med anoreksi, som efter 6-12 sessioner/1-3 måneder ikke har effekt af førstevalgsbehandlingen?

3.2 Anbefaling

✓ **Børn og unge:** Det er god praksis, at en behandling for anoreksi evalueres sammen med patienten og familien med henblik på intensivering eller skift, hvis der ikke ses en effekt, fortrinsvis i form af vægtindhentning, inden for de første 1-2 måneder.

✓ **Voksne:** Det er god praksis, at en behandling for anoreksi evalueres sammen med patienten og pårørende med henblik på evt. intensivering, skift eller afslutning, hvis der ikke ses en effekt, fortrinsvis i form af vægtindhentning, inden for de første 6-12 sessioner/1-3 måneder. Dette gælder også for langvarigt, alvorligt syge patienter.

3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Et behandlingsforløb bør evalueres løbende sammen med patienten. Evalueringen bør ske inden for de første 1-2 måneder for børn/unge og inden for de første 1-3 måneder for voksne, medmindre sygdommen udvikler sig akut.

Ved effekt af behandlingen tænkes fortrinsvis på vægtindhentning, idet der er evidens for, at vægtindhentning har betydning for patientens prognose, jf. afsnit 0.4. Effekt kan dog også ses som ændring i kompenserende adfærd, motivation og livskvalitet. Vægtøgning er ikke i sig selv tilstrækkeligt som mål for bedring, men ses som en forudsætning for, at psykologiske symptomer og livskvalitet bedres. Samtidig gøres opmærksom på, at vægtøgning ofte er angstprovokerende, og det er vigtigt for patienter, at der samtidig tages andre aspekter af bedring i betragtning. Det er ikke ualmindeligt at opleve forstærkede psykologiske symptomer i starten af en behandling i takt med vægtindhentning og ændring af spiseadfærd. Vægt kan derfor være den mest tydelige måde at registrere fremgang indenfor de første uger/måneder.

For børn og unge bør familien som udgangspunkt inddrages i evalueringen. For voksne vil det, hvor det er muligt og relevant, ligeledes være godt at inddrage pårørende. Evaluering af behandlingsprogression kan f.eks. foretages ved hjælp af de instrumenter, der er omtalt i bilag 3 (f.eks. EDE, EDI-3, EDE-Q)

Det anbefales, at man så vidt muligt undgår at afslutte behandling af børn og unge i tilfælde af manglende vægtøgning. Dog kan en afslutning af behandlingen blive resultatet, hvis barnet/den unge ikke har effekt af behandlingen, og familien takker nej til anden mulig behandling, såfremt ernæringstilstanden ikke er livstruende og indicerer behandling efter psykiatrilov/forældreansvarslov.

Erfaring taler for, at det for langvarigt syge patienter kan tage længere tid end 3 måneder at komme i gang med adfærdsændringer. Denne gruppe af patienter skal som udgangspunkt ikke have ændret deres behandling i løbet af de første måneder, hvis der er en begyndende relations-opbygning i gang.

Arbejdsgruppen vurderer, at det giver forudsigelighed fra behandlingsstart, hvis det er tydeligt, hvordan behandlingen vil blive ændret, såfremt der ikke er tilstrækkelig effekt.

Planlagt evaluering og mulighed for ændring kan medvirke til at overvinde ambivalens i forhold til adfærdsændring og øge momentum. Det kan desuden være en tryghed for de pårørende at vide, at behandlingen ændres, hvis der ikke er tilstrækkelig effekt.

3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der er ved alle eksisterende behandlingsformer for anoreksi en betragtelig subgruppe af deltagere, som ikke får tilstrækkelig effekt af behandlingen. Studier viser, at vægtøgning tidligt i et behandlingsforløb er associeret med bedre outcome⁽¹⁰⁻¹²⁾. Studier viser samtidig, at der er større risiko for et kronisk forløb, desto længere tid patienten forbliver i underernæret tilstand^(19,20). Det synes derfor vigtigt at udnytte det momentum, som kan være til stede i de første måneder af et behandlingsforløb. Der er imidlertid meget lidt viden, hvorpå man kan basere den kliniske beslutning om, hvornår og evt. hvordan man bør henholdsvis fortsætte eller skifte/intensivere behandling.

3.5 Litteratur

Der er ikke fundet studier af tilstrækkelig høj kvalitet, der besvarer spørgsmålet. Flow charts findes på sst.dk.

Der blev i litteratursøgningen fundet et studie af Lock et al.⁽²¹⁾, som undersøger effekten af en intensivering af FBT. Studiet er ikke inkluderet, da kvaliteten vurderes at være utilstrækkelig på grund af manglende kontrolgruppe, men studiet er kort beskrevet i det følgende. I studiet gives den intensiverede FBT, såfremt patienten ikke har vægtøget min. 2,3 kg i behandlingens første fire uger (poor-early-responders). Denne gruppe sammenlignes med poor-early-responders ved FBT i et tidligere studie af samme forfattergruppe med samme inklusionskriterier, der fik samme behandling⁽²²⁾. Studiet af Lock et al. viser, at de poor-early-responders, som fik tillægsbehandlingen, opnåede signifikant større vægtøgning ved endt behandling end poor-early-responders i det tidligere studie. Forskellen var relativ stor (gennemsnitlig procent af ideel kropsvægt (IBW) opnået ved endt behandling var henholdsvis 96,7% og 91,4%, $p=0,02$).

3.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens til at besvare dette fokuserede spørgsmål.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Indirekte evidens tyder på, at det kan give bedre effekt, hvis man skifter behandlingsstrategi/intensitet af behandlingen, såfremt der er begrænset effekt af førstevalgsbehandlingen i den indledende fase.</p> <p>Det er særligt vigtigt hos børn og unge at handle hurtigt ved manglende effekt på grund af truet udvikling.</p> <p>Der kan være individuelle forskelle i, hvor lang tid det tager at overvinde evt. startvanskeligheder i behandlingen. Erfaring taler f.eks. for, at nogle patienter med flere mislykkede behandlingsforsøg bag sig kan have behov for længere end 3 måneder til at</p>

	<p>få tiltro til og initiere effekt af behandling.</p> <p>Der er risiko for, at flere bliver ”svingdørspatienter” eller afslutter behandlingen for tidligt, hvis behandling kræver adfærdsændring inden for en fastsat tidsramme for at fortsætte samme behandlingsspor.</p>
Patientpræferencer	<p>Skift af behandlingsstrategi er følsomt for individuelle præferencer. Nogle patienter vil - trods ønske om bedring - have et ønske om at kunne fortsætte uden skift eller intensivering af behandling på grund af angst for forandring. Arbejdsgruppen vurderer, at pårørende typisk vil foretrække planlagt skift/intensivering.</p>
Andre overvejelser	<p>Anbefalingen forudsætter, at man råder over intensiveringsmuligheder ved behov, herunder intensive ambulante behandlingstilbud, dag- eller døgnbehandlingstilbud.</p> <p>Tiltag i forhold til intensivering må ikke indebære, at patienter med kroniske forløb ikke får et behandlingstilbud.</p>

3.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at indirekte evidens tyder på bedre effekt ved skift af behandlingsstrategi eller intensitet, hvis der er begrænset effekt af førstevalgsbehandlingen i den indledende fase. Samtidig viser studier, at risikoen for et kronisk forløb stiger, desto længere tid patienten forbliver i underernæret tilstand. Der er fastsat en kortere tidsramme for evaluering af behandlingen af børn og unge end for voksne, idet der er lagt vægt på den skadelige effekt af undervægt på barnets/den unges udvikling, og da flere studier med børn og unge viser, at behandlingsrespons i de første uger prædikerer behandlingseffekt på længere sigt.

4 Fokus på kernesymptomer

4.1 Fokuseret spørgsmål 4

Bør behandlingen af patienter med anoreksi fokusere på kernesymptomerne ved anoreksi?

4.2 Anbefaling

↑ **Børn og unge:** Overvej at tilbyde behandling med fokus på kernesymptomerne ved anoreksi hos børn og unge (⊕⊕○○).

↑ **Voksne:** Overvej at tilbyde behandling med fokus på kernesymptomerne og med et bredere fokus ved anoreksi hos voksne (⊕⊕○○).

4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Behandling med fokus på kernesymptomer forstås som behandling med fokus på både vægt samt de psykologiske og adfærdsmæssige symptomer på anoreksi.

Behandling med et bredere fokus forstås som behandling med fokus på andre psykologiske temaer såsom interpersonelle relationer, traumer og/eller selvværd.

Et ønske om fokus på andre temaer end kernesymptomer kan bygge på en formodning om, at afdækning af et bestemt problem vil få spiseforstyrrelsen til at forsvinde. Et ønske om fokus på andre temaer kan desuden være udtryk for undgåelsesadfærd. Behandlere har derfor en stor opgave i forhold til at formidle undervægtens skadelige effekter overfor både patient og pårørende. Det gælder særligt i forhold til børn og unge.

Ved valg af behandling til patienter med anoreksi er det vigtigt at være opmærksom på effekter på både kortere og længere sigt. Selvom der for voksne ikke er fundet forskelle i effekten af behandling med fokus på kernesymptomer versus behandling med et bredere fokus på længere sigt, ses der på kortere sigt bedre effekt af fokus på kernesymptomer i form af hurtigere vægtøgning. Den hurtige vægtøgning kan have selvstændig positiv effekt ved at forebygge skadevirkninger hos den enkelte patient.

4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Der er ingen terapiform til behandling af anoreksi, der har opnået stærk og utvetydig evidens, men flere forskellige former for specialiseret terapi har fundet støtte. Derfor er det relevant at undersøge, hvilke fælles aspekter af de undersøgte terapiformer der er associeret med effekt. Et aspekt, hvorved terapiformer adskiller sig, er, hvorvidt terapien fokuserer på kernesymptomer eller ikke. Derfor ønskede arbejdsgruppen at sammenligne terapier, der fokuserer specifikt på kernesymptomer, med terapier, der har et bredere fokus såsom interpersonelle relationer, selvværd eller lignende.

Arbejdsgruppen betragter følgende terapiformer som fokuseret på kernesymptomer: Familiebaseret terapi (FBT), alle former for adfærdsterapi og kognitiv adfærdsterapi (edukationel adfærdsterapi (EBT), kognitiv adfærdsterapi til anoreksi (CBT-AN, CBT-E)), nonspecific/specific supportive clinical management (NSSCM og SSCM) og adolescent fokuseret terapi (AFT).

Arbejdsgruppen betragter følgende terapiformer som ikke fokuseret på kernesymptomer, men med et bredere fokus: Ego-orienteret individuel terapi (EOIT), systemisk familietterapi (SyFT), alle former for psykodynamisk og psykoanalytisk terapi (kognitiv-analytisk terapi (CAT), fokal psykodynamisk terapi (FPDT), fokal psykoanalytisk terapi (FPT)), interpersonel terapi (IPT), feministisk terapi og kognitiv remediationsterapi (CRT).

Behandlingerne bør have karakter af et forløb defineret som mindst en session om ugen gennem min. 3 måneder. Det forudsættes, at den behandling, der sammenlignes med, har omtrent samme intensitet som interventionen og ikke gives som supplement til en behandling fokuseret på kernesymptomer.

4.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er et systematisk review⁽²³⁾, hvorfra der er inkluderet tre studier med voksne patienter⁽²⁴⁻²⁶⁾ (N=246 voksne), et systematisk review⁽²⁷⁾, hvorfra der er inkluderet et studie med børn og unge⁽²⁸⁾, og et studie med børn og unge identificeret ved primærsøgningen⁽²²⁾ (N=198 børn og unge). Evidensgrundlaget er således fem studier publiceret i seks artikler^(22,24-26,28,29). Flow charts findes på sst.dk.

4.6 Gennemgang af evidensen

Børn og unge: To studier undersøgte behandlingen af børn og unge^(22,28). Begge er randomiserede kontrollerede studier.

Robin et al.^(28,29) sammenlignede FBT (fokus på kernesymptomer) med EOIT hos 34 hjemmeboende 11-20 årige børn og unge. Den FBT, der blev anvendt, er en forløber for den manualiserede FBT kendt fra senere studier^(17,22,30) og fokuserede på forældres kontrol over spisning, kognitiv restrukturering af forvrænget opfattelse af krop og mad samt adfærdskorrekturen. EOIT fokuserede på at opbygge psykologisk modstandskraft og afdekke den intra- og interpersonelle dynamik i spisevægring.

Agras et al.⁽²²⁾ sammenlignede FBT (fokus på kernesymptomer) med SyFT hos 164 hjemmeboende 11-18-årige børn og unge med gennemsnitlig sygdomsvarighed på lidt over 1 år. SyFT adresserede generelle familieprocesser.

Samlet viste FBT (fokus på kernesymptomer) i de to studier større effekt på kropsvægt ved endt behandling og ved follow-up end sammenligningsbehandlingen. Der var ikke forskel i øvrige outcomes.

Voksne: Tre studier undersøgte behandlingen af voksne⁽²⁴⁻²⁶⁾. Alle tre studier er randomiserede kontrollerede studier.

Treasure et al.⁽²⁴⁾ sammenlignede EBT med CAT hos 30 voksne kvinder med en sygdomsvarighed på 4-5 år. EBT anvendte selvmonitorering, satte mål for ugentlig spisning og fokuserede på vægt- og figurbekymring. CAT fokuserede på at fortolke adfærd og maladaptive tanke-, føle- og handlemønstre.

McIntosh et al.⁽²⁵⁾ sammenlignede CBT-AN og NSSCM, begge med fokus på kernesymptomer, med IPT hos i alt 56 voksne kvinder med uoplyst sygdomsvarighed. CBT-AN er en kognitiv adfærdsterapi fokuseret på ændring af spiseadfærd og forvrængede tanker om mad, vægt og figur. NSSCM fokuserer ligeledes på ændring af spiseadfærd, men på en mindre handlingsanvisende måde. IPT fokuserede på interpersonelle vanskeligheder.

Zipfel et al.⁽²⁶⁾ sammenlignede CBT-E med FPDT hos 160 voksne kvinder, hvoraf 61% havde en sygdomsvarighed over 6 år. CBT-E er en kognitiv adfærdsterapi med fokus på overevaluering af vægt, figur og spisekontrol og på ændring af spiseadfærd. FPDT fokuserede på betydningen af grundantagelser og relationer for spiseforstyrrelsen.

Samlet gav terapiformer med fokus på kernesymptomer i de tre studier med voksne samme effekt på alle outcomes som terapiformerne med et bredere fokus. I McIntosh et al.⁽²⁵⁾ var der større effekt på kropsvægt ved 1 års follow-up ved fokus på kernesymptomer (NSSCM), men forskellen var udjævnet ved 5-7 års opfølgning.

Kvaliteten af evidensen vurderes som lav. Upræcise estimater kan muligvis tilskrives, at der er få studier set i forhold til, at de sammenligner ret forskellige terapiformer, hvor andre forskelle, udover graden af fokus på kernesymptomer, kan være årsag til forskelle i effekt. Det kritiske outcome 'kropsvægt/BMI ved længste follow-up' blev vurderet i alle fem studier, mens det kritiske outcome 'psykologiske symptomer ved længste follow-up' blev vurderet i fire studier.

4.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er lav, hvad angår både børn/unge og voksne.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>For børn og unge viser evidensen, at der er størst effekt på kropsvægt ved en behandling, der fokuserer på kernesymptomer. For voksne er evidensen mindre klar. Dog viser et af de fundne studier større effekt på kropsvægt på kortere sigt ved en behandling, der fokuserer på kernesymptomer.</p> <p>Børn og unges fysiske udvikling trues ved langvarig undervægt. På den baggrund vurderer arbejdsgruppen, at behandling uden fokus på kernesymptomer er en særlig risikabel for denne patientgruppe.</p>
Patientpræferencer	Behandling med fokus på kernesymptomer er følsomt for individuelle præferencer. Nogle patienter kan have et specifikt ønske om et andet fokus, f.eks. traumebehandling, såfremt de oplever, at dette er afgørende for deres sygdom. Forældre kan også have et ønske om, at der fokuseres på andre problemer hos deres barn.

4.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at studierne viser en positiv effekt på BMI ved fokus på kernesymptomer i behandlingen af anoreksi hos børn og unge. Da varigheden af undervægt vurderes at være særligt skadelig for børn og unges somatiske,

sociale og psykologiske udvikling, anbefales fokus på kernesymptomer i behandlingen af børn og unge.

Hvad angår behandlingen af voksne med anoreksi blev der i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der ikke er klar evidens for forskelle i effekt af behandling med fokus på kernesymptomer og behandling med et bredere fokus. Dog ses der på kortere sigt bedre effekt af fokus på kernesymptomer i form af hurtigere vægtøgning. Samtidig kan klinisk erfaring ikke understøtte, at et bredere fokus uden samtidig fokus på kernesymptomer er gavnligt, og derfor bør interventioner med bredere fokus ikke stå alene.

4.9 Evidensprofil

BØRN OG UNGE: Fokus på kernesymptomerne ved anoreksi							
Population: Patienter med anoreksi							
Intervention: Behandling med fokus på kernesymptomerne ved anoreksi							
Sammenligning: Behandling, som ikke fokuserer specifikt på kernesymptomerne ved anoreksi							
Outcomes <i>Tidsramme</i>	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal delta- gere (studi- er)	Evidens- niveau (GRADE)	Kommen- tarer
	Ikke fokus på kerne- sympto- mer	Fokus på kerne- sympto- mer	Forskel med fokus på kerne- sympto- mer				
Kropsvægt (body weight), %IBW <i>Længste follow-up</i>			SMD 0,34 (0,62 flere til 0,05 fle- re)		194 (2) ^(22,29)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2,4}	Kritisk out- come.
Psykologiske symp- tomer (psychologi- cal symptoms) <i>Længste follow-up</i>			SMD 0,01 (0,56 flere til 0,59 færre)		193 (2) ^(22,29)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2,4}	Kritisk out- come.
Adfærdssymptom- er (behavioural symptoms) <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt out- come. In- gen data på dette out- come
Kropsvægt (body weight), %IBW <i>Endt behandling</i>			SMD 0,31 (0,59 flere til 0,03 fle- re)		194 (2) ^(22,29)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,4}	Vigtigt out- come.
Psykologiske symp- tomer (psychologi- cal symptoms) <i>Endt behandling</i>			SMD 0,05 (0,23 færre til 0,33 fle- re)		193 (2) ^(22,29)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,4}	Vigtigt out- come.
Adfærdssymptom- er (behavioural symptoms) <i>Endt behandling</i>							Vigtigt out- come. In- gen data på dette out- come
Recovery rate <i>Længste follow-up</i>	313,0 per 1000	210,0 per 1000 (68 til 654)	103 flere per 1000 (244 færre - 341 flere)	0,67 (0,22 til 2,09)	35 (1) ⁽²⁹⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2,3}	Vigtigt out- come.
Dropout <i>Endt behandling</i>	338,0 per 1000	294,0 per 1000 (185 til 466)	44 flere per 1000 (128 færre - 152 flere)	0,87 (0,55 til 1,38)	158 (1) ⁽²²⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2,3}	Vigtigt out- come.
Indlæggelser (hos- pitalisations) <i>Længste follow-up</i>	263,0 per 1000	166,0 per 1000 (89 til 310)	97 flere per 1000 (47 færre - 174 flere)	0,63 (0,34 til 1,18)	156 (1) ⁽²²⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,3}	Vigtigt out- come.
Livskvalitet (quali- ty of life) <i>Længste follow-up</i>			SMD 0,15 (0,16 flere til 0,46 færre)		158 (1) ⁽²²⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,3}	Vigtigt out- come.
Anm. Betydningen af forkortelser og begreber er angivet i bilag 10.							
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet							

er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle.
1 Risiko for bias pga. manglende eller utilstrækkelig blinding af deltagere eller personale.
2 Risiko for bias pga. ufuldstændige data eller ufuldstændig rapportering.
3 Risiko for upræcist effektestimat fordi der kun er data fra et studie.
4 Risiko for manglende overførbarhed grundet få studier og heterogene interventioner.
GRADE evidensniveauer:
Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.
Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.
Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.
Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

VOKSNE:							
Fokus på kernesymptomerne ved anoreksi							
Population: Patienter med anoreksi							
Intervention: Behandling med fokus på kernesymptomerne ved anoreksi							
Sammenligning: Behandling, som ikke fokuserer specifikt på kernesymptomerne ved anoreksi							
Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt	Antal deltagere	Evidens-niveau	Kommentarer
Tidsramme	Ikke fokus på kerne-symptomer	Fokus på kerne-symptomer	Forskel med fokus på kerne-symptomer	95% CI	(studier)	(GRADE)	
Kropsvægt (body weight), BMI Længste follow-up			SMD -0,1 (0,16 flere til 0,36 færre)		233 (3) ⁽²⁴⁻²⁶⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2}	Kritisk outcome.
Psykologiske symptomer (psychological symptoms) Længste follow-up			SMD -0,13 (0,15 flere til 0,41 færre)		203 (2) ^(25,26)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2}	Kritisk outcome.
Adfærdssymptomer (behavioural symptoms) Længste follow-up							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Kropsvægt (body weight), BMI Endt behandling			SMD 0,24 (0,51 flere til 0,03 færre)		216 (2) ^(25,26)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2}	Vigtigt outcome.
Psykologiske symptomer (psychological symptoms) Endt behandling			SMD 0,44 (1,3 færre til 0,42 flere)		216 (2) ^(25,26)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2}	Vigtigt outcome.
Adfærdssymptomer (behavioural symptoms) Endt behandling							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Recovery rate Længste follow-up	416,0 per 1000	379,0 per 1000 (307 til 461)	37 flere per 1000 (46 færre - 108 flere)	0,91 (0,74 til 1,11)	202 (3) ⁽²⁴⁻²⁶⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2}	Vigtigt outcome.
Dropout Endt behandling	348,0 per 1000	240,0 per 1000 (160 til 365)	108 færre per 1000 (17 flere - 188 færre)	0,69 (0,46 til 1,05)	246 (3) ⁽²⁴⁻²⁶⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2}	Vigtigt outcome.
Indlæggelser (hospitalisations) Længste follow-up	172,0 per 1000	132,0 per 1000 (17 til 1009)	40 færre per 1000 (155 flere - 838 færre)	0,77 (0,1 til 5,87)	185 (2) ^(25,26)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2}	Vigtigt outcome.
Livskvalitet (quality of life) Længste follow-up							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Anm. Betydningen af forkortelser og begreber er angivet i bilag 10.							
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt							

og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle.
1 Risiko for bias pga. manglende eller utilstrækkelig blinding af deltagere eller personale. 2 Risiko for manglende overførbare grundet få studier og heterogene interventioner.
<p>GRADE evidensniveauer:</p> <p>Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.</p> <p>Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.</p> <p>Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p> <p>Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>

5 Specifikke mål for vægtindhentning

5.1 Fokuseret spørgsmål 5

Bør behandlingen af patienter med anoreksi indeholde specifikke mål for vægtindhentning?

5.2 Anbefaling

✓ **Børn og unge:** Det er god praksis at opstille specifikke mål for vægtindhentning i behandlingen af børn og unge med anoreksi.

↑ **Voksne:** Overvej at opstille specifikke mål for vægtindhentning i behandlingen af voksne med anoreksi, da dette kan øge vægtindhentning og symptomreduktion (⊕○○○).

5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Det anbefales at opstille specifikke mål for vægtindhentning. Det specifikke mål anbefales at være gennemsnitligt mindst 500 g. pr. uge i ambulant behandling⁽³¹⁾. Ved døgnindlæggelse anbefales det at stile mod en gennemsnitlig vægtøgning på mindst 1 kg. om ugen. Arbejdsgruppen vurderer, at disse mål afspejler praksis i Danmark. De anbefalede mål gælder alle aldersgrupper. Mål om vægtindhentning bør ses som et gennemsnit over flere uger, hvilket muliggør en vis fleksibilitet. Ved ekstraordinær lav vægt skal der tages særligt hensyn til patientens somatiske tilstand, f.eks. risiko for refeeding syndrom (der henvises i den forbindelse til kliniske retningslinjer fra Dansk Endokrinologisk Selskab, som forventes at udkomme i december 2016/januar 2017).

Arbejdsgruppen vurderer, at det ikke er gavnligt at fastholde patienter, som ikke vægtoøger, i vægtnormaliserende behandling. Disse bør i stedet tilbydes anden behandling, jf. anbefalingerne i kapitel 3 om skift af behandlingsstrategi.

Der bør differentieres mellem børn/unge og voksne, da børn/unge forventes at have mindre indsigt og realistisk forståelse af konsekvenserne af utilstrækkelig vægtindhentning. Hos børn/unge er den fysiologiske udvikling i fare, hvis der ikke vægthentes⁽³²⁾. Derfor bør vægtnormaliserende behandling af børn/unge ikke afsluttes ved utilstrækkelig vægtindhentning, men der bør tilbydes intensivning af behandlingen.

Det er en vigtig formidlingsopgave at informere forældrene om nødvendigheden af, at de tager ansvar for barnets/den unges vægtindhentning.

Det kan være problematisk, hvis patienter, der behandles sammen, har forskellig kontrakt for behandlingen (henholdsvis med og uden specifikke mål for vægtindhentning), da patienter ofte sammenligner sig med hinanden.

5.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Studier viser, at vægtøgning tidligt i behandlingsforløbet for børn og unge med anoreksi er en prædiktør for outcome ved behandlingsafslutning og follow-up⁽¹⁰⁻¹²⁾, og vægtøgning hos voksne med langvarig anoreksi er forbundet med symptomreduktion og øget livskvalitet⁽¹³⁾. Selvom nogle patienter ønsker en behandling, der fokuserer på følelsesmæssigt velbefindende forud for vægtøgning, tyder forskning på, at vægtøgning er forbundet med psykologisk bedring, og at varighed af undervægt har betydning for patientens prognose.

Arbejdsgruppen ønskede på den baggrund at undersøge, om det giver bedre effekt af behandlingen at opstille specifikke mål for vægtindhentning.

5.5 Litteratur

Der blev ikke fundet systematiske reviews eller randomiserede kontrollerede studier, der besvarer spørgsmålet. Derfor blev der søgt efter observationelle studier, hvoraf et studie er inkluderet⁽³¹⁾, N=89. Flow charts findes på [sst.dk](#).

Der blev fundet yderligere to observationelle studier, der undersøger effekten af henholdsvis højere og lavere mål for vægtindhentning under døgnindlæggelse^(33,34). Det ene studie fandt, at patienter opnår hurtigere vægtindhentning, når de fastsatte mål er højere end 500 g. pr. uge⁽³⁴⁾, mens det andet studie fandt, at flere patienter fastholder vægtindhentning ved follow-up, hvis mål for vægtindhentning er omkring 500 g. pr. uge⁽³³⁾. Da dette fokuserede spørgsmål handler om, hvorvidt der skal sættes mål for vægtindhentning sammenlignet med ingen mål for vægtindhentning, er disse to studier ikke inkluderet.

5.6 Gennemgang af evidensen

Thaler et al.⁽³¹⁾ sammenligner to konsekutivt rekrutterede grupper af voksne patienter, overvejende med anoreksi, som er i dagbehandling. De to grupper blev behandlet henholdsvis før og efter indførelse af en behandlingskontrakt med krav om vægtindhentning på min. 500 g. pr. uge. Bortset fra denne kontrakt var behandlingen ens i de to perioder. Gruppen med krav om vægtindhentning opnåede et højere BMI ved afslutning af behandlingen og større reduktion af adfærdssymptomer (bulimiske episoder). De patienter, der ikke levede op til vægtkravet i tre uger, blev bedt om at forlade behandlingen. Det var tilfældet for 29%. Det samlede frafald var derfor større i interventionsgruppen.

Kvaliteten af evidensen er meget lav, da der er tale om et observationelt studie, omend studiet vurderes at have taget højde for relevante confoundere. De kritiske outcomes besvares ikke, da studiet ikke rapporterer follow-up data.

5.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav, hvad angår voksne. Der blev ikke fundet studier med børn og unge.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Det inkluderede studie med voksne patienter tyder på, at specifikke krav til vægtindhentning øger effekten af behandlingen. Samtidig viser studiet et større frafald i interventionsgruppen, da tidlig behandlingsafslutning indgår i kontrakten som konsekvens, såfremt krav til vægtindhentning ikke opfyldes.</p> <p>Arbejdsgruppen vurderer, at der ikke er særlige grunde til, at mål om vægtindhentning virker forskelligt på børn, unge og voksne.</p>

Patientpræferencer	Opstilling af mål for vægtindhentning er følsomt for individuelle præferencer. Der vil være patienter, der af forskellige grunde ikke kan leve op til krav om vægtindhentning, og som på den baggrund muligvis vil afslutte behandlingen for tidligt.
---------------------------	---

5.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at det inkluderede studie viser en positiv effekt af specifikke krav om vægtindhentning for voksne patienter. Arbejdsgruppen vurderer, at mål for vægtindhentning vil virke på samme måde for børn og unge. Arbejdsgruppen ønsker samtidig at understrege vigtigheden af vægtøgning i en vægtnormaliserende behandling. Hvis en sådan behandling ikke insisterer på vægtøgning, kan den muligvis medvirke til at fastholde patienten i et kronisk sygdomsforløb.

5.9 Evidensprofil

Specifikke mål for vægtindhentning ved anoreksi							
Population: Patienter med anoreksi							
Intervention: Behandling, som indeholder specifikke mål for vægtindhentning							
Sammenligning: Behandling, som ikke indeholder specifikke mål for vægtindhentning							
Outcome <i>Tidsramme</i>	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal del- tagere (stu- dier)	Kvalitet af evidensen (GRADE)	Kommenta- rer
	Ikke speci- fikke mål	Specifikke mål	Forskel med speci- fikke mål				
Kropsvægt (body weight), BMI <i>Længste follow-up</i>							Kritisk out- come. Ingen data på dette outcome
Psykologiske symptomer (psy- chological symp- toms) <i>Længste follow-up</i>							Kritisk out- come. Ingen data på dette outcome
Adfærdssymptom- er (behavioural symptoms) <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt out- come. Ingen data på dette outcome
Kropsvægt (body weight), BMI <i>Endt behandling</i>	Gennemsnit 17,72	Gennemsnit 18,54	MD 0,82 (1,63 flere – 0,01 fle- re)		89 (1) ⁽³¹⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2}	Vigtigt out- come.
Psykologiske symptomer (psy- chological symp- toms), EDE-Q to- tal <i>Endt behandling</i>	Gennemsnit 3,86	Gennemsnit 3,66	MD 0,2 (0,87 færre – 0,47 fle- re)		89 (1) ⁽³¹⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2}	Vigtigt out- come.

Adfærdssymptomer, bulimiske episoder (behavioural symptoms, bulimic episodes) <i>Endt behandling</i>	Gennemsnit 30,24	Gennemsnit 17,0	MD 13,24 (24,39 færre – 2,09 færre)	89 (1) ⁽³¹⁾	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MEGET LAV ^{1,2}	Vigtigt outcome.
Adfærdssymptomer, dage med opkastning (behavioural symptoms, vomit days) <i>Endt behandling</i>	Gennemsnit 17,12	Gennemsnit 14,1	MD 3,02 (7,6 færre – 1,56 flere)	89 (1) ⁽³¹⁾	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MEGET LAV ^{1,2}	Vigtigt outcome.
Recovery rate <i>Længste follow-up</i>						Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Dropout <i>Endt behandling</i>	172,0 per 1000	469,0 per 1000	297 flere per 1000 (5 flere - 461 flere)	107 (1) ⁽³¹⁾	⊕ ⊖ ⊖ ⊖ MEGET LAV ^{1,2}	Vigtigt outcome.
Indlæggelser (hospitalisations) <i>Længste follow-up</i>						Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Livskvalitet (quality of life) <i>Længste follow-up</i>						Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Anm. Betydningen af forkortelser og begreber er angivet i bilag 10. *Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle.						
1 Risiko for bias pga. manglende randomisering. 2 Risiko for upræcist effektestimat fordi der kun er data fra et studie.						
GRADE evidensniveauer: Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.						

6 Vægtmæssigt mål for behandlingen

6.1 Fokuseret spørgsmål 6

Bør behandlingen af patienter med anoreksi stile mod, at børn og unge opnår en vægt over 25-percentilen på højde-vægt-kurven, og at voksne patienter opnår BMI over 20 kg/m²?

6.2 anbefaling

✓ **Børn og unge:** Det er god praksis, at behandlingen af børn og unge med anoreksi stiler mod at ramme barnets/den unges tidligere vækstkurve eller - hvis denne ikke kendes – omkring 50-percentilen på højde-vægt-kurven for børn og unge. Menstruation/libido og øvrig kropsudvikling skal endvidere normaliseres.

✓ **Voksne:** Det er god praksis, at behandlingen af voksne med anoreksi stiler mod et BMI på 20-25 kg/m² for kvinder og et BMI på 21-26 kg/m² for mænd samt normalisering af menstruation/libido og fedtprocent.

6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Normalisering af vægt/fedtprocent samt menstruation/libido er central for at reducere risikoen for tilbagefald.

For børn og unge vil målet for vægten ændre sig med barnets/den unges alder. Det vægtmæssige mål for behandlingen af børn og unge skal inddrage barnets/den unges vækstkurver. Tidligere højde- og vægtoplysninger kan ofte indhentes fra den kommunale sundhedspleje. Ved overvægt før sygdomsdebut stiles der som udgangspunkt mod 50-percentilen på højde-vægt-kurven for børn og unge.

Behandlingen af voksne med anoreksi bør stile mod et BMI i normalområdet, hvilket arbejdsgruppen forstår som BMI 20-25 kg/m² for kvinder og BMI 21-26 kg/m² for mænd. Den optimale vægt for voksne kan dog ligge udenfor disse intervaller, og der skal tages højde for tidligere BMI ved vurdering af det vægtmæssige mål for behandlingen.

Hvis der fastsættes et vægtinterval for patienten, indebærer dette en øvre vægt. Som behandlingen skrider frem, kan det vise sig, at patienten skal højere op i vægt, før kroppens funktioner normaliseres.

Det er vigtigt at være åben over for patienten i forhold til den usikkerhed, der kan være i vurderingen af den enkeltes estimerede normalvægtsområde.

Kropsvægt udgør kun én af de fysiske markører, som bør inddrages i vurderingen af patientens tilstand.

6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Fysiske markører såsom kropsvægt, fedtprocent, blodprøveværdier og menstruation/libido bør alle indgå i vurderingen af, hvornår patienten har opnået en sund vægt. Vægten er nem at monitorere for behandlerne, men der eksisterer ingen tydelige retningslinjer for, hvilken vægt behandlingen bør stile efter. Da patientens forhold til sin vægt typisk er central i anoreksien, bliver det vægtmæssige mål ofte et stort tema i behandlingen. Andelen af patienter, som oplever tilbagefald efter bedring, er stor, og dette understreger

behovet for at undersøge, hvilket vægtmæssigt mål der bedst sikrer patienten en god prognose på længere sigt.

6.5 Litteratur

Litteratursøgningen fandt ingen reviews eller randomiserede kontrollerede studier, som besvarer det fokuserede spørgsmål. Flow charts findes på sst.dk.

Der er identificeret en række baggrundsstudier, som er beskrevet nedenfor. Det ene studie er fundet ved litteratursøgningen⁽³⁵⁾. Herudover havde arbejdsgruppen kendskab til fire relaterede studier, som blev inddraget som baggrundslitteratur⁽³⁶⁻³⁹⁾.

To af de fem baggrundsstudier undersøger vægt og fedtprocent ved behandlingsafslutning i forhold til risiko for tilbagefald^(35,37). Mayer et al.⁽³⁵⁾ konkluderer, at fedtprocent ved behandlingsafslutning er en prædikator for outcome på længere sigt. Studiet finder, at gruppen med dårligst outcome ved follow-up havde en fedtprocent på 21 ved behandlingsafslutning, mens gruppen af patienter med bedst outcome ved follow-up havde en fedtprocent på 26 ved behandlingsafslutning. BMI i begge grupper var 20,5 kg/m² ved behandlingsafslutning. BMI i sig selv var dermed ikke en prædikator for outcome ved opfølgning i dette studie. Couturier og Lock⁽³⁷⁾ undersøger ligeledes prædiktorer for outcome ved follow-up. De konkluderer, at børn og unge bør opnå en vægt, som er minimum 95 % af, hvad behandlerne vurderer som optimalt. Behandlingen kan dog også stile efter en vægt over 85 % af den vurderede sunde vægt, men i så fald bør de psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer og dermed spiseforstyrrelsesadfærden være på et minimum. Disse to tilgange til vægt og symptomer giver sammenlignelige helbredelsesrater i studiet.

De øvrige tre studier undersøger andre fysiologiske aspekter ved en sund krop sammenholdt med kropsvægten^(36,38,39). Studiet af Allan et al.⁽³⁶⁾ bruger ultralydsskanning af æggestokkene til at undersøge, hvornår unge piger med anoreksi genoptager deres kropsudvikling⁽²⁹⁾. Studiet konkluderer, at knap 20 % af pigerne ikke har genoptaget alderssvarende udvikling, når deres vægt er på 90 % af et populationsbaseret gennemsnit i forhold til højden. Disse piger vil dermed skulle ligge på eller højere end gennemsnittet for vægt i forhold til højde, før deres kropsudvikling fortsætter. Dette illustrerer de store individuelle forskelle med hensyn til, hvilken kropsvægt behandlingen bør stile efter. Studierne af Dempfle et al.⁽³⁹⁾ og Golden et al.⁽³⁸⁾ undersøger, ved hvilken kropsvægt unge piger begynder at menstruere igen. Fundene er sammenlignelige og viser, at genoptagelsen af menstruation begynder ved henholdsvis et BMI på omkring 19 kg/m² og en vægtpercentil på omkring 27 i forhold til højde.

Baggrundsstudierne viser således, at patienter med en kropsvægt/fedtprocent, som ligger lavt inden for normalområdet ved behandlingsafslutning, har større risiko for tilbagefald sammenlignet med patienter med en kropsvægt/fedtprocent, der ligger højere inden for normalområdet.

6.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens til at besvare dette fokuserede spørgsmål.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	Indirekte evidens indikerer, at sandsynligheden for helbredelse øges, og risiko for tilbagefald mindskes, hvis patientens vægt og fedtprocent stabiliseres på et højere ni-

	veau end det, der som minimum kan betegnes som sufficient.
Patientpræferencer	Opstilling af vægtmæssige mål for behandlingen er følsomt for individuelle præferencer. Det er dog arbejdsgruppens vurdering, at patienter, som ikke længere er plaget af spiseforstyrrede tanker, generelt vil foretrække den kropsvægt, som behandlerne vurderer som mest fordelagtig for det videre forløb.

6.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der er indirekte evidens for, at sandsynligheden for helbredelse øges, og at risikoen for tilbagefald mindskes, hvis patientens vægt og fedtprocent stabiliseres på et højere niveau end det, der som minimum kan betegnes som sufficient.

7 Familiebaseret behandling

7.1 Fokuseret spørgsmål 7

Bør børn og unge med anoreksi tilbydes familiebaseret behandling eller individuel behandling som førstevalgsbehandling?

7.2 anbefaling

↑ Overvej familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling som førstevalg til børn og unge med anoreksi (⊕⊕○○).

7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Den kliniske erfaring taler for familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling som førstevalg i behandlingen af børn og unge med anoreksi. Jo yngre patienten er, desto mere ser det ud til, at patienten profiterer af familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling.

Forældrenes ressourcer påvirker den opgave, som forældrene er i stand til at påtage sig i forbindelse med behandlingen. Støtten til forældrene bør justeres herefter.

Nogle patienter i den ældre del af den unge aldersgruppe kan muligvis have gavn af en kombination af familiebaseret og individuel behandling.

Særlige familieforhold kan betyde, at barnet/den unge bør tilbydes individuel behandling. Ved behandling af børn og unge er det altid vigtigt at inddrage forældrene og/eller en anden person med særlig tæt tilknytning til barnet/den unge. Dette gælder også, hvis barnet/den unge modtager en individuel behandlingsform.

7.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling bliver fremhævet i flere internationale guidelines samt systematiske reviews som den foretrukne behandlingsform til børn og unge med anoreksi, men konklusionerne er ikke entydige^(1,6,14,40,41). En subgruppe af børn og unge med anoreksi responderer ikke optimalt på behandlingen, og der er derfor et ønske om at få opdateret viden på området.

7.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål tager udgangspunkt i en litteratursøgning fra oktober 2013 udført af NICE⁽⁴²⁾, hvorfra der er inkluderet tre studier^(29,30,43). En opdateret søgning fandt yderligere to studier^(44,45), som begge er supplerende artikler til det ene af de tre studier identificeret via litteratursøgningen udført af NICE. Evidensgrundlaget består således af tre studier publiceret i fem artikler, N=183. Flow charts findes på sst.dk.

7.6 Gennemgang af evidensen

Alle de tre inkluderede studier er randomiserede kontrollerede studier. Interventionen bestod af familiebaseret behandling, som havde samme udgangspunkt i alle studierne. Behandlingen bestod af tre faser; første fase fokuserede på vægtindhentning, hvor forældrene spillede en central rolle, anden fase fokuserede på gradvist at give ansvaret for spising tilbage til barnet/den unge på alderssvarende niveau samt evt. andre vanskeligheder

relateret til anoreksien, og tredje fase fokuserede på øvrige områder af barnets/den unges liv. Kontrolbehandlingen var individuel behandling, som ligeledes fokuserede på spiseforstyrrelsessymptomer samt andre områder, der relaterede sig hertil. Antallet af sessioner var ca. 25 i Ball et al.⁽⁴³⁾ samt Lock et al.⁽³⁰⁾, mens studiet af Robin et al.⁽²⁹⁾ havde 51 sessioner i begge behandlingsarme. Populationerne bestod næsten udelukkende af piger. Lock et al.⁽³⁰⁾ var det største studie med 121 deltagere, mens Ball et al.⁽⁴³⁾ og Robin et al.⁽²⁹⁾ havde henholdsvis 25 og 37 deltagere. Gennemsnitsalderen var ca. 14 år i studierne af Lock et al. samt Robin et al.^(29,30), mens studiet af Ball et al. havde en gennemsnitsalder på 18 år⁽⁴³⁾.

Den samlede analyse viser ingen klinisk relevant forskel i effekt mellem behandlingsmetoderne. Lock et al.⁽³⁰⁾ afveg fra de to øvrige studier ved signifikante fund på kropsvægt samt psykologiske symptomer ved endt behandling til fordel for familiebaseret behandling. Dog var gennemsnitsalderen i dette studie signifikant lavere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen, og interventionsgruppen havde signifikant færre spiseforstyrrelsessymptomer ved behandlingsstart.

Der sås heller ingen forskel mellem behandlingsmetoder med hensyn til effekt på familiens funktion ved længste follow-up. Studiet af Lock et al. undersøgte effekt på dette outcome, men afrapporterede ikke på en måde, som muliggjorde yderligere analyse. Det beskrives i artiklen, at der ikke var forskel mellem grupperne for så vidt angår generel familiefunktion⁽⁴⁴⁾.

Kvaliteten af evidensen er lav, da der er alvorlig risiko for bias samt alvorligt upræcist effekttestimat. Begge kritiske outcomes afrapporteres i de inkluderede studier.

7.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Arbejdsgruppen vurderer, at den kliniske erfaring med familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling er positiv. Evidensen kan ikke påvise bedre effekt af familiebaseret behandling for børn og unge generelt. For de yngre børn og unge ses dog en øget kropsvægt og færre psykologiske symptomer ved familiebaseret behandling.</p> <p>Familiebaseret behandling inddrager forældrene som medspillere i behandlingen. Dette kan være gavnligt, eftersom familien dermed deles om at bære sygdomsbyrden samt ansvaret for at bekæmpe anoreksien. Det kan øge barnets/den unges følelse af at blive forstået og mindske følelsen af isolation. Den høje grad af involvering af forældrene kan bidrage til, at forældrene hurtigere lægger mærke til tegn på evt. tilbagefald efter bedring, og at forældrene aktivt kan gribe ind, før der opstår behov for at inddrage professionelle.</p>

	<p>Relationen mellem barn og forældre kan påvirkes i både positiv og negativ retning som følge af familiebaseret behandling. Forældre/barn-relationen skal ofte normaliseres efterfølgende.</p> <p>Forældrene bruger mange kræfter på at gennemføre familiebaseret behandling og har behov for støtte undervejs.</p>
Patientpræferencer	<p>Familiebaseret behandling er følsomt for individuelle præferencer. Nogle forældre værdsætter at være en central medspiller i behandlingen, mens andre forældre foretrækker at spille en mindre rolle og kan have svært ved at overskue byrden/ansvaret, som følger med.</p> <p>Familier med yngre børn kan have lettere ved at acceptere, at forældrene har ansvaret i familiebaseret behandling, mens selvstændige unge kan have en præference for individuel behandling.</p>
Andre overvejelser	<p>Forældrene skal være ansvarlige for og overvåge alle måltider i vægtøgningssfasen i familiebaseret behandling, hvilket er ressourcekrævende. Uanset behandlingsform er det dog ressourcekrævende for forældre at have et barn med anoreksi.</p> <p>Manualiseret FBT indebærer også sessioner med søskende, hvilket stiller yderligere krav til familiens ressourcer.</p>

7.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at den kliniske erfaring taler for familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling som førstevalg til børn og unge med anoreksi. Samtidig er der fundet evidens for en bedre effekt af familiebaseret behandling for de yngre børn og unge.

7.9 Evidensprofil

Familiebaseret behandling sammenlignet med individuel behandling for anoreksi							
Population: Hjemmeboende børn og unge med anoreksi							
Intervention: Familiebaseret behandling							
Sammenligning: Individuel behandling							
Outcome	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal delta-gere (studier)	Evidens-niveau (GRADE)	Kommentarer
Tidsramme	Individuel behandling	Familiebaseret behandling	Forskel med familiebaseret behandling				
Kropsvægt (body weight), BMI eller BMI-percentil <i>Længste follow-up</i>			SMD 0,19 (0,53 flere til 0,16 færre)		133 (3) (29,30,43)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2,3}	Kritisk outcome.
Psykologiske symptomer (psychological symptoms) <i>Længste follow-up</i>			SMD -0,09 (0,55 færre til 0,37 flere)		132 (3) (29,30,43)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,3,4,5}	Kritisk outcome.
Adfærdssymptomer (behavioural symptoms) <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Kropsvægt (body weight) <i>Endt behandling</i>			SMD 1,18 (2,96 flere til 0,6 færre)		157 (3) (29,30,43)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3,6}	Vigtigt outcome.
Psykologiske symptomer (psychological symptoms) <i>Endt behandling</i>			SMD -1,07 (3,38 færre til 1,24 flere)		156 (3) (29,30,43)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,3,4,5,6}	Vigtigt outcome.
Adfærdssymptomer (behavioural symptoms) <i>Endt behandling</i>							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Recovery rate <i>Længste follow-up</i>	393,0 per 1000	362,0 per 1000 (224 til 585)	31 færre per 1000 (169 flere - 193 færre)	0,92 (0,57 til 1,49)	104 (2) (30,43)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2,3}	Vigtigt outcome.
Dropout <i>Endt behandling</i>	110,0 per 1000	186,0 per 1000 (48 til 709)	76 flere per 1000 (62 færre - 599 flere)	1,69 (0,44 til 6,45)	146 (2) (30,43)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{2,3}	Vigtigt outcome.
Livskvalitet (quality of life) <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Familiens funktion (Family function), PARQ <i>Længste follow-up</i>	Gennemsnit 47,0	Gennemsnit 47,5	MD 0,5 (5,19 færre til 6,19 flere)		30 (1) (29)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,4,7}	Vigtigt outcome.
Anm. Betydningen af forkortelser og begreber er angivet i bilag 10.							
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle							
1 Risiko for systematisk forskel mellem grupperne i forhold til, hvor mange som indgår i analyserne (enten fordi deltagerne har trukket sig ud af studiet, eller fordi de er blevet ekskluderet).							
2 Risiko for bias grundet stort frafald (enten fordi deltagerne har trukket sig ud af studiet, eller fordi de er blevet ekskluderet).							
3 Risiko for upræcist effektestimat grundet brede konfidensintervaller.							
4 Risiko for bias pga. manglende eller utilstrækkelig blinding af deltagere eller personale.							
5 Signifikante gruppeforskelle ved behandlingsstart.							
6 Studiernes resultater varierer i stor grad.							

7 Risiko for stor usikkerhed pga. lille studiepopulation.

GRADE evidensniveauer:

Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

8 Inddragelse af pårørende/netværk

8.1 Fokuseret spørgsmål 8

Bør voksne med anoreksi tilbydes en behandlingsform, som inddrager de pårørende/netværket aktivt i behandlingen?

8.2 anbefaling

↑ **Overvej ud fra individuelle hensyn at tilbyde voksne med anoreksi en behandlingsform, der inddrager voksne pårørende/netværk som en aktiv del af behandlingen (⊕○○○).**

8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Pårørende/netværk skal forstås bredt og kan i denne sammenhæng både dække over forældre, søskende, kæresten, ægtefæller, venner, veninder, bedsteforældre samt lærere, støttepersoner, mentorer og andre, som patienten oplever som relevante støttepersoner.

Intervention med inddragelse af pårørende/netværk kan f.eks. være workshops for pårørende, fler-familiearrangementer eller rådgivning om pårørende-rollen.

8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Systematiske reviews har vist, at pårørende til personer med anoreksi (både børn, unge og voksne) oplever en høj grad af stress i forbindelse med omsorg for den syge, og at de har forhøjet tendens til overinvolvering og til udtrykt kritik og vrede. Disse fænomener er associeret med lavere effekt af behandling og hyppigere frafald fra behandlingen blandt voksne med anoreksi^(46,47). Derfor er det relevant at undersøge, om inddragelse af pårørende/netværk kan forbedre effekten af behandlingen af voksne med anoreksi (inddragelse af pårørende i behandlingen af børn og unge med anoreksi er behandlet i kapitel 7).

Ved aktiv inddragelse i behandlingen forudsættes det, at pårørende/netværk deltager mere end ved den indledende samtale, status- samt afsluttende samtaler. Interventionen skal desuden indebære mere end psykoedukation og generel information til de pårørende/netværket.

8.5 Litteratur

Evidensgrundlaget består af to studier identificeret i reviews^(48,49) (N=58). Flow charts findes på sst.dk.

Ved litteratursøgningen blev der desuden fundet en række observationelle studier, der anvendes som baggrund, og som beskrives kort i det følgende. Der er fundet i alt syv observationelle studier med i alt 465 pårørende til ca. 270 patienter med spiseforstyrrelser i alderen 9-57 år⁽⁵⁰⁻⁵⁶⁾. Studierne viser en forbedring af de pårørendes livskvalitet⁽⁵⁰⁻⁵³⁾, familiefunktion⁽⁵³⁻⁵⁵⁾ og depressive symptomer⁽⁵⁵⁾ ved inddragelse i behandlingen. Dette formodes også at have betydning for patientens bedring. To studier omfatter pårørende til patienter både under og over 18 år, men rapporterer kun resultater samlet. Generelt rapporterer alle disse studier høj tilfredshed med interventionen fra de pårørendes side, men mangler en sammenligningsgruppe. De undersøgte interventioner i de observationelle studier er workshops⁽⁵⁰⁻⁵³⁾, forældre-rådgivning⁽⁵⁴⁾, familierapi og multifamilierapi.

pi/flerfamilie-heldagsworkshop^(55,56). Der er ikke fundet studier, der undersøger inddragelse af bredere netværk.

8.6 Gennemgang af evidensen

De to inkluderede studier er begge randomiserede kontrollerede studier af familierapi til voksne patienter^(48,49). Studierne viser ikke klinisk relevant forskel i effekten af behandlingen afhængig af, om patienten modtager familierapi eller terapi uden familien^(48,49). Estimer for behandlingseffekt er baseret på data for 32 patienter, og estimer for drop-out er baseret på data for 58 patienter. Effekt på pårørendes livskvalitet rapporteres ikke i disse studier.

Kvaliteten af evidensen er meget lav på grund af bl.a. et lavt deltagerantal. De kritiske outcomes besvares i et af de to inkluderede studier.

8.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>De inkluderede studier kan ikke dokumentere en bedre effekt af behandlingen ved inddragelse af pårørende/netværk. Indirekte evidens tyder dog på, at der kan være en positiv effekt i forhold til den pårørendes livskvalitet. Arbejdsgruppen forventer, at dette også vil have betydning for patientens bedring.</p> <p>Arbejdsgruppen vurderer, at det giver god klinisk mening at inddrage pårørende/netværk i behandlingen, herunder i patientens behandlingssessioner, fordi de pårørende er patientens nærmeste støtte i hverdagen.</p>
Patientpræferencer	<p>Inddragelse af pårørende/netværk i behandlingen er følsomt for individuelle præferencer. Nogle patienter ønsker ikke at belaste deres pårørende yderligere ved at inddrage dem. Andre ønsker ikke, at pårørende skal inddrages af frygt for at blive overvåget eller kontrolleret. Nogle patienter over 18 år ønsker ikke deres forældre inddraget, men kan evt. i stedet have et ønske om at inddrage andre vigtige personer i deres netværk.</p> <p>Pårørende kan være frustrerede over ikke at blive inddraget aktivt efter, at patienten er fyldt 18 år.</p>

8.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der er indirekte evidens for, at inddragelse af pårørende/netværk i behandlingen kan have en gavnlig effekt for de pårørendes livskvalitet. Dette formodes også at have betydning for patientens bedring.

8.9 Evidensprofil

Inddragelse af pårørende/netværk ved anoreksi							
Population: Voksne med anoreksi							
Intervention: Aktiv inddragelse af pårørende/netværk							
Sammenligning: Ikke aktiv inddragelse af pårørende/netværk							
Outcomes <i>Tidsramme</i>	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal delta- gere (studi- er)	Evidens- niveau (GRADE)	Kommenta- rer
	Ikke inddra- gelse	Inddra- gelse	Forskel med inddragelse				
Kropsvægt (body weight), %ABW <i>Længste follow-up</i>	Median 96,5	Median 95,5	MD 1,0 (7,65 flere til 9,65 færre)		32 (1) ⁽⁴⁸⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3}	Kritisk out- come.
Psykologiske symp- tomer (psychologi- cal symptoms), MROAS <i>Længste follow-up</i>	Median 8,9	Median 7,7	MD 1,2 (3,04 færre til 0,64 flere)		32 (1) ⁽⁴⁸⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3}	Kritisk out- come.
Adfærdssymptom- er (behavioural symptoms) <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt out- come. Ingen data på dette outcome
Kropsvægt (body weight), %ABW <i>Endt behandling</i>	Median 80,1	Median 77,1	MD 3,0 (5,39 flere til 11,39 færre)		32 (1) ⁽⁴⁸⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3}	Vigtigt out- come.
Psykologiske symp- tomer (psychologi- cal symptoms), MROAS <i>Endt behandling</i>	Median 6,9	Median 6,6	MD 0,3 (2,09 færre til 1,49 flere)		32 (1) ⁽⁴⁸⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3}	Vigtigt out- come.
Adfærdssympto- mer (behavioural symptoms) <i>Endt behandling</i>							Vigtigt out- come. Ingen data på dette outcome
Recovery rate <i>Længste follow-up</i>	471,0 per 1000	688,0 per 1000 (376 til 1257)	217 flere per 1000 (94 færre - 787 flere)	1,46 (0,8 til 2,67)	33 (1) ⁽⁴⁸⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3}	Vigtigt out- come.
Dropout <i>Endt behandling</i>	128,0 per 1000	214,0 per 1000 (79 til 578)	86 flere per 1000 (49 færre - 451 flere)	1,67 (0,62 til 4,52)	80 (2) ^(48,49)	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ LAV ^{1,2}	Vigtigt out- come.
Livskvalitet (quali- ty of life) <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt out- come. Ingen data på dette outcome
Pårørendes trivsel (wellbeing of care- givers) <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt out- come. Ingen data på dette outcome
Anm. Betydningen af forkortelser og begreber er angivet i bilag 10.							
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle.							
1 Risiko for bias pga. manglende eller utilstrækkelig blinding af deltagere eller personale.							
2 Risiko for bias pga. ufuldstændige data eller ufuldstændig rapportering.							

3 Risiko for upræcist effektestimat fordi der kun er data fra et studie.

GRADE evidensniveauer:

Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

9 Måltidsstøtte/spisetræning

9.1 Fokuseret spørgsmål 9

Bør patienter med anoreksi tilbydes måltidsstøtte/spisetræning som supplement til vanlig behandling i ambulant regi?

9.2 Anbefaling

✓ **Det er god praksis at tilbyde måltidsstøtte/spisetræning som supplement til vanlig behandling af patienter med anoreksi i ambulant regi.**

9.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Måltidsstøtte/spisetræning anbefales generelt i forbindelse med ambulant behandling, men kan være særlig betydningsfuld i den første periode efter en indlæggelse for at sikre fortsat spisning, og at opnåede færdigheder under indlæggelse overføres til patientens hverdagsmiljø.

Måltidsstøtte/spisetræning kan ikke stå alene, men skal understøtte den øvrige behandling.

For børn og unge bør der fokuseres på at vejlede og træne forældrene eller anden primær omsorgsperson i at yde måltidsstøtte, herunder at reducere niveauet af konflikt og stærke udtryk for negative følelser samt at håndtere barnets/den unges modstand mod spisning.

Måltidsstøtte/spisetræning udover måltidsstøtte, der ydes af primær omsorgsgiver, bør varetages af personale, som er specialiseret i støtte og behandling af anoreksi.

9.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Støtte under måltiderne er en integreret del af døgn- og dagbehandling, mens praksis varierer for ambulant behandling. Måltidsstøtte/spisetræning ses som supplement til vanlig behandling i ambulant regi. Arbejdsgruppen ønskede på den baggrund at undersøge, om forløb med måltidsstøtte/spisetræning i ambulant regi (defineret som måltidsstøtte/spisetræning, der foregår minimum 3 gange) har en positiv effekt. Der fokuseres på interventioner, der har karakter af forløb, fordi klinisk erfaring peger på, at en enkeltstående intervention med måltidsstøtte/spisetræning ikke har tilstrækkelig effekt.

9.5 Litteratur

Der blev ikke fundet studier, der afprøver en måltidsstøttende intervention af mere end 3 sessioners varighed til ambulante patienter. Flow charts findes på sst.dk.

Som led i litteratursøgningen blev der fundet et studie, som omhandler en måltidsstøttende intervention, der afprøves en enkelt gang, men er beregnet på gentagelse^(57,58). Studiet undersøgte brug af videopræsentation under et testmåltid til 18 voksne patienter i ambulant behandling. De samme patienter fik både et måltid med videopræsentation og et måltid med musik, og der blev trukket lod om rækkefølgen. Videopræsentationen havde stress-reducerende og motiverende indhold. Patienterne oplevede større stressreduktion, indtog mere mad og havde mindre bekymring om mad ved videopræsentationen end ved musik under måltidet.

Der blev endvidere fundet to baggrundsstudier omhandlende måltidsstøtte/spisetræning til patienter under døgnindlæggelse^(59,60). Couturier et al.⁽⁶⁰⁾ undersøgte retrospektivt effekten af indførelse af måltidsstøtte-terapi i et døgnafsnit med teenagere. Alle patientforløb, som fandt sted et år før (N=12) og et år efter (N=9), blev vurderet. Der sås et statistisk signifikant fald i hyppigheden af brug af sondeernæring (henholdsvis 66 % og 11 % af patienterne fik sondeernæring), mens der ikke var forskel i vægtindhentning eller antal genindlæggelser. Steinglass et al.⁽⁵⁹⁾ afprøvede en 12-sessioners "*exposure and response prevention*" intervention fokuseret på frygtede spisesituationer og fødeemner med ni indlagte patienter, der havde genvundet en sund kropsvægt. Interventionsgruppen havde mindre angst ved måltidet end kontrolgruppen, men forskellen var ikke statistisk signifikant. Større reduktion af angst var associeret med større fødeindtagelse.

9.6 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Der er ikke fundet evidens til at besvare dette fokuserede spørgsmål.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Arbejdsgruppen vurderer, at måltidet konkretiserer det sværeste og mest angstvækkende for patienter med anoreksi. Måltidsstøtte/spisetræning kan give redskaber til at håndtere angst samt træne social spisning.</p> <p>At spise sammen med andre patienter kan give anledning til en uheldig "smitteeffekt" eller konkurrence om at spise mindst, men kan også give anledning til gensidig støtte til at få spist.</p>
Patientpræferencer	Måltidsstøtte/spisetræning er følsomt for individuelle præferencer. Nogle patienter vil måske fravælge et behandlingstilbud, der indebærer spisning sammen med andre på grund af angst. Omvendt vil nogle patienter ønske et behandlingstilbud med spisning sammen med andre, hvis de oplever, at de har brug for hjælp til at lære at håndtere angsten i spisesituationer.

9.7 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at måltidsstøtte/spisetræning vurderes at understøtte den øvrige behandling, fordi den giver mulighed for eksponering for angstfremkaldende situationer under vejledning med deraf følgende angstreduktion. Der blev desuden lagt vægt på, at behandling af anoreksi ikke har effekt uden samtidig ændring af spiseadfærd.

10 Fysisk aktivitet

10.1 Fokuseret spørgsmål 10

Bør patienter med anoreksi tilbydes fysisk aktivitet under vejledning i vægtøgningssfasen som supplement til vanlig behandling?

10.2 anbefaling

↑ Overvej at tilbyde fysisk aktivitet under vejledning i vægtøgningssfasen som supplement til vanlig behandling af patienter med anoreksi (⊕○○○).

10.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Indhold og grad af fysisk aktivitet skal vurderes i det individuelle tilfælde og tilpasses den enkelte patient, herunder patientens somatiske tilstand.

Fysisk aktivitet bør foregå under tæt vejledning og løbende monitoreres af specialiseret personale.

Det er centralt, at det er fagpersoner med specifik viden om fysisk aktivitet hos patienter med anoreksi, der introducerer og øver normal træningsadfærd for patienter, der har eller har haft tendens til tvangsmotion.

10.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Fysisk aktivitet er et komplekst område i behandlingen af patienter med anoreksi, eftersom nogle patienter har mange tanker om motion og motionerer på tvangspræget vis. Praxis på nationalt og internationalt plan varierer i høj grad. Nogle behandlingssteder tilbyder som udgangspunkt fysisk aktivitet, mens andre behandlingssteder fraråder fysisk aktivitet, så længe patienten er undervægtig. Der er derfor behov for et overblik over evidensen på området.

10.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er to systematiske reviews^(61,62), hvorfra der er inkluderet fem studier publiceret i seks artikler⁽⁶³⁻⁶⁸⁾. Disse blev suppleret med ét studie fra en opdateret søgning⁽⁶⁹⁾. Evidensgrundlaget består således af seks studier publiceret i syv artikler, N=177 (voksne: N=58, børn/unge: N=129). Flow charts findes på sst.dk.

10.6 Gennemgang af evidensen

De seks inkluderede studier er alle randomiserede kontrollerede studier. Studierne tilbød vanlig behandling til alle patienter, og den fysiske aktivitet fungerede som tillæg til denne. Interventionen varede 7-12 uger og indebar 12-24 sessioner. Et enkelt studie inkluderede døgnindlagte patienter⁽⁶⁵⁾. Patienter med anoreksi udgjorde hele populationen på nær i to studier, hvor patienter med anoreksi udgjorde 50-55%^(63,64). Alle patienter med anoreksi var i vægtøgningssfasen med et gennemsnitligt BMI på 15-19 kg/m². I et enkelt studie var der statistisk signifikant forskel på BMI i interventions- og kontrolgruppen ved baseline (det gennemsnitlige BMI var 20 kg/m² i interventionsgruppen og 17 kg/m² i kon-

trolgruppen)⁽⁶⁸⁾. Tre af studierne inkluderede voksne^(64,65,68), mens tre studier inkluderede børn og unge^(63,66,69).

Studierne med voksne patienter undersøgte styrketræning⁽⁶⁵⁾, basic body awareness therapy med øvelser i liggende, siddende og stående position⁽⁶⁴⁾ samt et træningsprogram, som blev tilpasset i intensitet afhængigt af patientens vægt⁽⁶⁸⁾. I det sidstnævnte studie var behandleren ikke til stede under træningen. Til gengæld blev aktivitetsniveauet målt med pulsmåler.

To af studierne med børn og unge undersøgte styrketræning^(66,69), mens det tredje studie undersøgte yoga⁽⁶³⁾.

Der blev ikke fundet klinisk relevante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen for de undersøgte outcomes. Kropsvægten steg på samme vis i begge grupper. Fysisk aktivitet under tæt vejledning lader derfor ikke til at påvirke vægtøgning i negativ retning.

Kvaliteten af evidensen er meget lav. De kritiske outcomes er ikke besvaret i studierne (studiernes længste opfølgningstid var en måned efter interventionens ophør). Det vigtige outcome 'livskvalitet' er rapporteret ved interventionens afslutning og ikke ved længste follow-up.

10.7 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>De inkluderede studier viser hverken gavnlige eller skadelige effekter af fysisk aktivitet som tillæg til vanlig behandling.</p> <p>Arbejdsgruppen vurderer, at fysisk aktivitet kan skabe et frirum fra svære tanker og kan bidrage positivt til affektregulering. Derudover kan fysisk aktivitet have en gavnlig effekt på evt. somatiske gener.</p> <p>Der er risiko for, at fysisk aktivitet giver anledning til fornyet tvangsmotion, og behandleren bør være særdeles opmærksom på dette.</p>
Patientpræferencer	<p>Fysisk aktivitet er følsomt for individuelle præferencer. De fleste patienter vil foretrække fysisk aktivitet. For nogle patienter kan fysisk aktivitet mindske angsten forstået sådan, at patienterne bedre tør spise regelmæssigt, når de kan bevæge sig. Andre patienter vil foretrække ikke at deltage i fysisk aktivitet. Det gælder formentlig særligt, hvis der er tale om gruppebaseret fysisk aktivitet.</p>

10.8 Rationale for anbefaling

Der blev i formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at fysisk aktivitet ikke kompromiterer vægtøgningen, så længe den fysiske aktivitet monitoreres tæt. Samtidig er der lagt vægt på, at mange patienter formentlig vil foretrække fysisk aktivitet og have gavn heraf som supplement til behandlingen i øvrigt.

10.9 Evidensprofil

BØRN OG UNGE							
Fysisk aktivitet sammenlignet med vanlig behandling for anoreksi							
Population: Børn og unge med anoreksi							
Intervention: Fysisk aktivitet som supplement til vanlig behandling							
Sammenligning: Vanlig behandling							
Outcome Tidsramme	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal deltagere (studier)	Evidens- niveau (GRADE)	Kommen- tarer
Vanlig be- handling	Fysisk ak- tivitet	Forskel med fysisk aktivitet					
Kropsvægt (body weight) <i>Længste follow-up</i>							Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome
Psykologiske symptomer (psychological symptoms) <i>Længste follow-up</i>							Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome
Adfærdssymptomer (behavioural symptoms) <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Kropsvægt (body weight), BMI <i>Endt behandling</i>			SMD 0,0 (0,38 flere til 0,37 færre)		111 (3) ^(63,66,69)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV ^{1,2,3}	Vigtigt outcome.
Psykologiske symptomer (psychological symptoms), EDE global <i>Endt behandling</i>	Gennemsnit 1,86	Gennemsnit 1,94	MD 0,08 (0,76 færre til 0,92 flere)		53 (1) ⁽⁶³⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV ³	Vigtigt outcome.
Adfærdssymptomer (behavioural symptoms) <i>Endt behandling</i>							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Recovery rate <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Dropout <i>Endt behandling</i>	83,0 per 1000	117,0 per 1000 (41 til 328)	34 flere per 1000 (42 færre - 246 flere)	1,41 (0,5 til 3,96)	119 (3) ^(63,66,69)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV ³	Vigtigt outcome.
Indlæggelser (hospitalisations) <i>Længste follow-up</i>	41,0 per 1000	26,0 per 1000 (3 til 204)	15 færre per 1000 (38 flere - 163 færre)	0,64 (0,08 til 4,98)	97 (3) ^(63,66,69)	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ LAV ^{2,3}	Vigtigt outcome.
Livskvalitet (quality of life) <i>Længste follow-up</i>			SMD 0,51 (1,36 flere til 0,34 færre)		22 (1) ⁽⁶⁶⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊖ MEGET LAV ^{2,3,4}	Vigtigt outcome.
Anm. Betydningen af forkortelser og begreber er angivet i bilag 10.							
*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og							

den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle.
1 Risiko for manglende overførbare grundet forskelle mellem studiepopulation og målpopulation.
2 Risiko for upræcist effekttestimat grundet brede konfidensintervaller.
3 Risiko for stor usikkerhed pga. lille studiepopulation.
4 Risiko for manglende overførbare grundet utilstrækkelig tidsramme.
GRADE evidensniveauer: Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt. Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes. Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt. Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

VOKSNE							
Fysisk aktivitet sammenlignet med vanlig behandling for anoreksi							
Population: Voksne patienter med anoreksi							
Intervention: Fysisk aktivitet som supplement til vanlig behandling							
Sammenligning: Vanlig behandling							
Outcome	Absolut effekt* (95% CI)			Relativ effekt 95% CI	Antal deltagere (studier)	Evidens-niveau (GRADE)	Kommentarer
Tidsramme	Vanlig behandling	Fysisk aktivitet	Forskel med fysisk aktivitet				
Kropsvægt (body weight) <i>Længste follow-up</i>							Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome
Psykologiske symptomer (psychological symptoms) <i>Længste follow-up</i>							Kritisk outcome. Ingen data på dette outcome
Adfærdssymptomer (behavioural symptoms) <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Kropsvægt (body weight), BMI <i>Endt behandling</i>			SMD -0,1 (0,68 flere til 0,88 færre)		26 (2) ^(65,68)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV ^{1,2,3}	Vigtigt outcome.
Psykologiske symptomer (psychological symptoms), EDI total <i>Endt behandling</i>	Gennemsnit 43,3	Gennemsnit 41,6	MD -1,5 (3,72 færre til 0,72 flere)		14 (1) ⁽⁶⁵⁾	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV ^{2,3}	Vigtigt outcome.
Adfærdssymptomer (behavioural symptoms) <i>Endt behandling</i>							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Recovery rate <i>Længste follow-up</i>							Vigtigt outcome. Ingen data på dette outcome
Dropout <i>Endt behandling</i>	241,0 per 1000	133,0 per 1000 (4 til 4726)	108 færre per 1000 (236 færre - 4485 flere)	0,55 (0,02 til 19,61)	58 (3) ^(64,65,68)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV ^{2,3}	Vigtigt outcome.
Indlæggelser (hospitalisations) <i>Længste follow-up</i>	0,0 per 1000	0,0 per 1000 (0 til 0)	0 flere per 1000 (0 færre - 0 flere)	0,0 0,0 (0,0 til 0,0)	44 (2) ^(64,68)	⊕ ⊕ ⊖ ⊖ LAV ^{1,3}	Vigtigt outcome.

Livskvalitet (quality of life) <i>Længste follow-up</i>	SMD 0,85 (2,07 flere til 0,37 færre)	12 (1) ⁽⁶⁸⁾	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ MEGET LAV ^{1,2,3,4,5}	Vigtigt outcome.
<p>Anm. Betydningen af forkortelser og begreber er angivet i bilag 10.</p> <p>*Den absolutte effekt i kontrolgruppen er baseret på den gennemsnitlige effekt i de inkluderede studier medmindre andet er angivet i kommentarfeltet. Den absolutte effekt i interventionsgruppen samt forskellen er baseret på den relative effekt og den absolutte risiko i kontrolgruppen. CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko, MD: Gennemsnitlig forskel, SMD: Standardiserede gennemsnitlige forskelle.</p> <p>1 Risiko for bias grundet stort frafald (enten fordi deltagerne har trukket sig ud af studiet, eller fordi de er blevet ekskluderet).</p> <p>2 Risiko for upræcist effektestimat grundet brede konfidensintervaller.</p> <p>3 Risiko for stor usikkerhed pga. lille studiepopulation.</p> <p>4 Risiko for manglende overførbare grundet utilstrækkelig tidsramme.</p> <p>5 Risiko for bias pga. manglende eller utilstrækkelig blinding af deltagere eller personale.</p>				
<p>GRADE evidensniveauer:</p> <p>Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.</p> <p>Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.</p> <p>Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p> <p>Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.</p>				

11 Referenceliste

- (1) National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders (CG9). Leicester (UK) : The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2004 (National Clinical Practice Guideline Number CG9 (NICE)).
- (2) World Health Organization. Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health. WHO ICD-10 - psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser : klassifikation og diagnostiske kriterier. 1. i.e. ny udgave. Kbh. : Munksgaard Danmark, 2005.
- (3) American Psychiatric Association (APA). Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4. ed., text rev. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2009.
- (4) American Psychiatric Association (APA). DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5. ed. Washington, D.C. : American Psychiatric Publishing, 2013.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser : anbefalinger for organisation og behandling. Kbh. : Sundhedsstyrelsen, 2005. [PDF](#)
- (6) American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Washington DC : American Psychiatric Association, 2006.
- (7) Socialstyrelsen. Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser Socialstyrelsen, 2015. [PDF](#)
- (8) Royal College of Psychiatrists, Physicians and Pathologists. MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa. 2nd ed. Royal College of Psychiatrists, 2014 (CR189).
- (9) Royal College of Psychiatrists. Junior MARSIPAN: Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa : report from the Junior MARSIPAN group. Royal College of Psychiatrists, 2012. 59 p. (CR168).
- (10) Madden S., Miskovic-Wheatley J., Wallis A., Kohn M., Hay P., Touyz S. Early weight gain in family-based treatment predicts greater weight gain and remission at the end of treatment and remission at 12-month follow-up in adolescent anorexia nervosa. Int J Eating Disord 2015;48(7):919-922.
- (11) Doyle PM, Le Grange D, Loeb K, Doyle AC, Crosby RD. Early response to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2010;43(7):659-662.
- (12) Le Grange D, Accurso EC, Lock J, Agras S, Bryson SW. Early weight gain predicts outcome in two treatments for adolescent anorexia nervosa. Int J Eat Disord 2014;47(2):124-129.

- (13) Bamford B., Barras C., Sly R., Stiles-Shields C., Touyz S., Le GD, et al. Eating disorder symptoms and quality of life: Where should clinicians place their focus in severe and enduring anorexia nervosa? *Int J Eating Disord* 2015;48(1):133-138.
- (14) Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48(11):977-1008.
- (15) Madden S, Hay P, Touyz S. Systematic review of evidence for different treatment settings in anorexia nervosa. *World Journal of Psychiatry* 2015;5(1):147-153.
- (16) Herpertz Dahlmann B., Schwarte R., Krei M., Egberts K., Warnke A., Wewetzer C., et al. Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): A multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *The Lancet* 2014;383(9924):1222-1229.
- (17) Madden S, MiskovicWheatley J, Wallis A, Kohn M, Lock J, Le Grange D, et al. A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychol Med* 2015;45(2):415-427.
- (18) Crisp AH., Norton K., Gowers S., Halek C., Bowyer C., Yeldham D., et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *The British journal of psychiatry* 1991;159:325-33.
- (19) Treasure J, Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *Br J Psychiatry* 2011;199(1):5-7.
- (20) Von Holle A, Pinheiro AP, Thornton LM, Klump KL, Berrettini WH, Brandt H, et al. Temporal patterns of recovery across eating disorder subtypes. *Aust N Z J Psychiatry* Feb 2008;42(2):108-117.
- (21) Lock J., Le GD, Agras W.S., Fitzpatrick K.K., Jo B., Accurso E., et al. Can adaptive treatment improve outcomes in family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa? Feasibility and treatment effects of a multi-site treatment study. *Behav Res Ther* 2015;73:90-95.
- (22) Agras W.S., Lock J., Brandt H., Bryson S.W., Dodge E., Halmi K.A., et al. Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: A randomized parallel trial. *JAMA Psychiatry* 2014;71(11):1279-1286.
- (23) Hay Phillipa J, Claudino Angelica M, Touyz S, Abd Elbaky G. Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;7:CD003909.
- (24) Treasure J, Todd G, Brolly M, Tiller J, Nehmed A, Denman F. A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy vs educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1995;33(4):363-367.
- (25) McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005;162(4):741-747.

- (26) Zipfel S., Wild B., Grob G., Friederich H.-C., Teufel M., Schellberg D., et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383(9912):127-137.
- (27) Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: Review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol Med* 2013;43(12):2477-2500.
- (28) Robin AL, Siegel PT, Koepke T, Moye AW, Tice S. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *Journal of developmental and behavioral pediatrics* : JDBP 1994;15(2):111-116.
- (29) Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(12):1482-9.
- (30) Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(10):1025-1032.
- (31) Thaler L, Wilson S, Coelho JS, Mazanek Antunes J, Israel M, Steiger H. Mandating weekly weight gain in a day treatment program for eating disorders. *Int J Eat Disord* 2014;47(5):500-506.
- (32) Modan-Moses D, Yaroslavsky A, Kochavi B, Toledano A, Segev S, Balawi F, et al. Linear growth and final height characteristics in adolescent females with anorexia nervosa. *PLoS One* 2012;7(9):e45504.
- (33) Herzog T, Zeeck A, Hartmann A, Nickel T. Lower targets for weekly weight gain lead to better results in inpatient treatment of anorexia nervosa: A pilot study. *Eur Eating Disord Rev* 2004;12(3):164-168.
- (34) Solanto MV, Jacobson MS, Heller L, Golden NH, Hertz S. Rate of weight gain of inpatients with anorexia nervosa under two behavioral contracts. *Pediatrics* 1994;93(6 Pt 1):989-991.
- (35) Mayer L.E.S. Roberto C.A. Glasofer D.R. Etu S.F. Gallagher D. Wang J. Heymsfield S.B. Pierson Jr. R.N. Attia E. Devlin M.J. Walsh, B.T. Does percent body fat predict outcome in anorexia nervosa?. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):970-972.
- (36) Allan R, Sharma R, Sangani B, Hugo P, Frampton I, Mason H, et al. Predicting the weight gain required for recovery from anorexia nervosa with pelvic ultrasonography: an evidence-based approach. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18(1):43-48.
- (37) Couturier J, Lock J. What is remission in adolescent anorexia nervosa? A review of various conceptualizations and quantitative analysis. *Int J Eat Disord* 2006;39(3):175-183.

- (38) Golden NH, Jacobson MS, Sterling WM, Hertz S. Treatment goal weight in adolescents with anorexia nervosa: use of BMI percentiles. *Int J Eat Disord* 2008;41(4):301-306.
- (39) Dempfle A, Herpertz-Dahlmann B, Timmesfeld N, Schwarte R, Egberts KM, Pfeiffer E, et al. Predictors of the resumption of menses in adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry* 2013;13:308.
- (40) Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;4:CD004780.
- (41) Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2013;46(1):3-11.
- (42) National Institute for Health and Care Excellence. Surveillance review of CG9: Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders : Recommendation for Guidance Executive NICE, 2013. 48 p.
- (43) Ball J, Mitchell P. A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Brunner-Mazel Eating Disorders Monograph Series* 2004;12(4):303-314.
- (44) Ciao AC, Accurso EC, Fitzsimmons-Craft EE, Lock J, Le Grange D. Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2015;48(1):81-90.
- (45) Le Grange D, Lock J, Accurso EC, Agras WS, Darcy A, Forsberg S, et al. Relapse from remission at two- to four-year follow-up in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014;53(11):1162-1167.
- (46) Anastasiadou D, Medina-Pradas C, Sepulveda AR, Treasure J. A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating Behav* 2014;15(3):464-477.
- (47) Duclos J., Vibert S., Mattar L., Godart N. Expressed emotion in families of patients with eating disorders: A review of the literature. *Curr Psychiatry Rev* 2012;8(3):183-202.
- (48) Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44(12):1047-1056.
- (49) Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *The British journal of psychiatry* 2001;178:216-221.
- (50) Sepulveda AR, Lopez C, Todd G, Whitaker W, Treasure J. An examination of the impact of "the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops" on the well being of carers: a pilot study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43(7):584-591.

- (51) Sepulveda AR, Todd G, Whitaker W, Grover M, Stahl D, Treasure J. Expressed emotion in relatives of patients with eating disorders following skills training program. *Int J Eat Disord* 2010;43(7):603-610.
- (52) Pepin G, King R. Collaborative Care Skills Training workshops: helping carers cope with eating disorders from the UK to Australia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48(5):805-812.
- (53) Gisladottir M, Svavarsdottir EK. Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 2011;18(2):122-130.
- (54) Abbate Daga G, Quaranta M, Marzola E, Cazzaniga G, Amianto F, Fassino S. Effectiveness of parent counselling in eating disorders. *British Journal of Guidance & Counselling* 2013;41(4):375-394.
- (55) Dimitropoulos G, Farquhar JC, Freeman VE, Colton PA, Olmsted MP. Pilot study comparing multi-family therapy to single family therapy for adults with anorexia nervosa in an intensive eating disorder program. *European Eating Disorders Review* 2015;23(4):294-303.
- (56) Whitney J., Murphy T., Landau S., Gavan K., Todd G., Whitaker W., et al. A practical comparison of two types of family intervention: An exploratory RCT of family day workshops and individual family work as a supplement to inpatient care for adults with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 2012;20(2):142-150.
- (57) Cardi V, Kan C, Roncero M, Harrison A, Lounes N, Tchanturia K, et al. Mealtime support in anorexia nervosa: a within-subject comparison study of a novel vodcast intervention. *Psychotherapy & Psychosomatics* 2012;81(1):54-55.
- (58) Cardi V, Lounes N, Kan C, Treasure J. Meal support using mobile technology in Anorexia Nervosa. Contextual differences between inpatient and outpatient settings. *Appetite* 2013;60(1):33-39.
- (59) Steinglass J, Albano AM, Simpson HB, Carpenter K, Schebendach J, Attia E. Fear of food as a treatment target: Exposure and response prevention for anorexia nervosa in an open series. *Int J Eat Disord* May 2012;45(4):615-621.
- (60) Couturier J, Mahmood A. Meal support therapy reduces the use of nasogastric feeding for adolescents hospitalized with anorexia nervosa. *Eating Disorders* 2009;17(4):327-332.
- (61) Ng LWC ND. Is supervised exercise training safe in patients with anorexia nervosa? A meta-analysis. *Physiotherapy (United Kingdom)* 2013;99(1):1-11.
- (62) Vanderlinden VD. A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disabil Rehabil* 2014;36(8):628-634.
- (63) Carei TR, Fyfe-Johnson AL, Breuner CC, Brown MA. Randomized controlled clinical trial of yoga in the treatment of eating disorders. *The Journal of Adolescent Health* 2010;46(4):346-351.

- (64) Catalan-Matamoros D, Helvik-Skjaerven L, Labajos-Manzanares MT, Martinez-de-Salazar-Arboleas A, Sanchez-Guerrero E. A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2011;25(7):617-626.
- (65) Chantler I, Szabo CP, Green K. Muscular strength changes in hospitalized anorexic patients after an eight week resistance training program. *Int J Sports Med* 2006;27(8):660-665.
- (66) del Valle MF, Perez M, Santana-Sosa E, Fiuza-Luces C, Bustamante-Ara N, Gallardo C, et al. Does resistance training improve the functional capacity and well being of very young anorexic patients? A randomized controlled trial. *The Journal of Adolescent Health* 2010;46(4):352-358.
- (67) Szabo CP, Green K. Hospitalized anorexics and resistance training: impact on body composition and psychological well-being. A preliminary study. *Eating and weight disorders* : EWD 2002;7(4):293-297.
- (68) Thien V, Thomas A, Markin D, Birmingham CL. Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2000;28(1):101-106.
- (69) Fernandez-Del-Valle M., Larumbe-Zabala E., Villasenor-Montarroso A., Cardona GC, Diez-Vega I., Lopez ML, et al. Resistance training enhances muscular performance in patients with anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Int J Eat Disord* 2014;47(6):601-609.
- (70) Hørder K, Olsen EM, Rokkedal K, von Plessen K. Landsdækkende klinisk retningslinje vedrørende Anorexia Nervosa. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark, 2011. [PDF](#)

12 Bilag

Bilag 1:	Baggrund
Bilag 2:	Implementering
Bilag 3:	Monitorering
Bilag 4:	Opdatering og videre forskning
Bilag 5:	Beskrivelse af anvendt metode
Bilag 6:	Fokuserede spørgsmål
Bilag 7:	Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer
Bilag 8:	Søgebeskrivelse og evidensvurderinger
Bilag 9:	Arbejdsgruppen og referencegruppen
Bilag 10:	Forkortelser og begreber

Bilag 1: Baggrund

Anoreksi er en sygdom, som især rammer unge piger/kvinder. Det anslås, at op mod 1 % af piger/kvinder i aldersgruppen 14-24 år udvikler anoreksi.

Sygdommen er karakteriseret ved et markant selvpåført vægttab. Vægttabet skyldes restriktiv spisning, som ofte kombineres med andre vægtreducerende metoder. Sygdommen ledsages af en forvrænget kropsopfattelse, det vil sige at hele eller dele af egen krop opfattes væsentligt større, end de er. Hertil kommer en negligerende af egen sygdoms alvorlighed. Vægt og figur er som regel de vigtigste faktorer i patientens selvbedømmelse, og psykiatriske følgesymptomer er hyppige, f.eks. depressive symptomer, angst og tvangssymptomer.

Forekomsten af samtidig sygdom (komorbiditet) er høj blandt patienter med anoreksi. Graden og typen af komorbiditet varierer.

Udtræk fra Landspatientregistret viser, at antallet af patienter med anoreksi i psykiatrisk behandling i Danmark var i alt 2.109 i 2015, heraf 1.018 patienter i børne- og ungdomspsykiatrien og 1.091 patienter i voksenpsykiatrien, jf. tabel B1 og B2 nedenfor. Antallet af patienter i behandling har været stigende fra 2011 og frem. Størstedelen af patienterne behandles i ambulant regi. I 2015 var 118 af de patienter, som var i behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, indlagt i løbet af året. I voksenpsykiatrien var tallet 148.

Tabel B.1. Antal patienter behandlet i børne- og ungdomspsykiatrien (0-18 år) i perioden 2011-2015

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland	I alt
2011	83	202	153	243	104	772
2012	96	188	166	275	114	833
2013	107	216	207	324	110	954
2014	127	231	213	317	129	1.002
2015	127	247	189	332	135	1.018

Note) Antallet af patienter er opgjort som unikke patienter med aktionsdiagnosen 'anoreksi' behandlet stationært, ambulant og/eller på skadestue/akut ambulant. En unik patient er en patient, som har været i kontakt med sundhedsvæsenet en eller flere gange i løbet af året. En patient kan tælle med i flere regioner, hvis personen har skiftet bopælsregion og har modtaget behandling både før og efter. En person kan ligeledes være fyldt 19 år i løbet af året og dermed både indgå i opgørelsen af patienter i behandling i børne- og ungdomspsykiatrien samt voksenpsykiatrien.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientregistret (DRG-grupperet årsopgørelser)

Tabel B.1. Antal patienter behandlet i voksenpsykiatrien (19 år og derover) i perioden 2011-2015

	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland	I alt
2011	40	171	112	442	72	821
2012	39	187	126	489	69	889
2013	53	177	128	544	85	961
2014	67	184	147	583	101	1.063
2015	76	207	156	558	112	1.091

Note) Antallet af patienter er opgjort som unikke patienter med aktionsdiagnosen 'anoreksi' behandlet stationært, ambulant og/eller på skadestue/akut ambulant. En unik patient er en patient, som har været i kontakt med sundhedsvæsenet en eller flere gange i løbet af året. En patient kan tælle med i flere regioner, hvis personen har skiftet bopælsregion og har modtaget behandling både før og efter. En person kan ligeledes være fyldt 19 år i løbet af året og dermed både indgå i opgørelsen af patienter i behandling i børne- og ungdomspsykiatrien samt voksenpsykiatrien.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, Landspatientregistret (DRG-grupperet årsopgørelser)

Der findes ikke opdaterede landsdækkende retningslinjer for behandling af anoreksi på tværs af børne- og voksenområdet i Danmark. Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i 2005 et referenceprogram for spiseforstyrrelser, som også omfattede anbefalinger vedr. behandlingen af anoreksi⁽⁵⁾, og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab har i 2011 udarbejdet en landsdækkende klinisk retningslinje vedr. udredning og behandling af børn og unge (7-17 år) med anoreksi⁽⁷⁰⁾.

Sundhedsstyrelsen har på denne baggrund besluttet at udarbejde en national klinisk retningslinje for behandling af anoreksi med henblik på at sikre optimal og ensartet behandling på tværs af regioner.

Bilag 2: Implementering

Regionerne og regionernes psykiatriske hospitaler spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis.

En del behandlingsforløb ved anoreksi er langvarige og kræver indsats fra både primær- og sekundærsektoren, f.eks. ved behov for botilbud, spisestøtte i hjemmet eller rehabilitering sideløbende med psykiatrisk behandling. Flere af retningslinjens anbefalinger fordrer derfor samarbejde mellem sektorerne.

For at understøtte retningslinjens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at den nationale kliniske retningslinje samstemmes med eller integreres i eksisterende forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger. Regionerne bør således sikre, at de anbefalinger, som må være relevante for specialiserede afdelinger på sygehusniveau, indarbejdes i instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her. Endvidere kan der med fordel indsættes et link til den nationale kliniske retningslinje i Lægehåndbogen. Regionernes praksiskon-sulenter kan desuden have en rolle i at tage stilling til den konkrete implementering.

De faglige selskaber er en vigtig aktør i at udbrede kendskabet til retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår, at den nationale kliniske retningslinje præsenteres for de relevante faglige selskaber, som varetager udredning og behandling af patienter med anoreksi, eksempelvis på årsmøder. Her tænkes særligt på Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser, Dansk Psykiatrisk Selskab, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Sygepleje Selskab, Dansk Selskab for Klinisk Ernæring og Dansk Selskab for Fysioterapi. Sundhedsstyrelsen foreslår desuden, at retningslinjen omtales på de relevante faglige selskabers hjemmeside med orientering om, hvad den indebærer for det pågældende speciale og med et link til den fulde version af retningslinjen. Information kan også formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve.

Selvom retningslinjen ikke beskæftiger sig med opsporing og udredning af patienter med anoreksi, bør der rettes en særlig indsats overfor almen praksis, som vil kunne informere patienter med anoreksi om mulige behandlingsinterventioner samt viderehenvise i rette omfang.

Patienter og pårørende skal ligeledes inddrages i bestræbelserne på at fremme implementeringen af retningslinjens anbefalinger. Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS) opfordres således til at udarbejde en patientversion af retningslinjen, som kan anvendes af patienter såvel som pårørende.

Implementering af den nationale kliniske retningslinje for behandling af anoreksi er som udgangspunkt et regionalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. I foråret 2014 publicerede Sundhedsstyrelsen således en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#). Værktøjsskassen bygger på evidensen for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer.

Retningslinjen er publiceret i denne fuldtekstversion og i en quick guide, som gengiver retningslinjens anbefalinger med angivelse af evidensgradering og anbefalingens styrke.

Bilag 3: Monitorering

Proces- og effektindikatorer

Der findes hverken en klinisk kvalitetsdatabase eller et selvstændigt register for behandling af patienter med spiseforstyrrelser. Det er således vanskeligt at tilgå data, der kan anvendes til at opgøre relevante proces- og effektindikatorer i relation til monitorering af denne retningslinje. Det skønnes ikke, at data fra Landspatientregisteret, Lægemiddelregisteret eller Sygesikringsregisteret vil kunne anvendes til at belyse, hvorvidt retningslinjens anbefalinger følges.

Monitorering af denne retningslinje synes således ikke mulig ved anvendelse af eksisterende registre. Det anbefales derfor, at man vurderer, om der er grundlag for at etablere indsamling af data, som kan anvendes til monitorering. Som minimum må det anbefales, at der anvendes samme instrumenter til udredning og monitorering af behandling, således at data kan sammenlignes på tværs af regioner.

Eksempler på instrumenter, som kan benyttes i udredning og systematisk monitorering af spiseforstyrrelsessymptomer, er interviewet Eating Disorder Examination (EDE), hvor de diagnostiske spørgsmål kan bruges som et minimum. Derudover findes spørgeskemaerne Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) og Eating Disorder Inventory (EDI). Ovennævnte instrumenter er alle oversat og validerede på dansk. EDI undersøger dog ikke omfanget af adfærdssymptomer, hvilket bør indgå i den systematiske monitorering.

Bilag 4: Opdatering og videre forskning

Opdatering

Som udgangspunkt bør retningslinjen opdateres 3 år efter udgivelsesdato, medmindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

Videre forskning

Evidensen inden for behandling af anoreksi er overordnet set meget sparsom, og arbejdsgruppen har haft vanskeligt ved at finde et tilstrækkeligt antal randomiserede kontrollerede studier til at besvare de fokuserede spørgsmål. Arbejdsgruppen opfordrer til øget samarbejde omkring forskning på spiseforstyrrelsesområdet på tværs af regionerne. Arbejdsgruppen finder det endvidere hensigtsmæssigt, at man på landsplan enes om at anvende specifikke instrumenter og indsamler data på tværs af regioner med henblik på at muliggøre kvalitetssikring og forskning.

Nedenfor oplistes Sundhedsstyrelsens forslag til forskningsområder inden for behandling af anoreksi, som direkte udspringer af litteratursøgningen til denne nationale kliniske retningslinje:

- Behandlingen af patienter med svær grad af anoreksi og flere behandlingsforsøg bag sig er underbelyst i særlig stor grad. Der mangler head-to-head studier samt velkontrollerede observationelle studier i de tilfælde, hvor etiske eller andre forhold umuliggør et randomiseret kontrolleret studie.
- Anoreksi er en lidelse, som ikke kun påvirker patienten, men i høj grad også de pårørende. Både på børne-, unge- og voksenområdet mangler der viden om, hvordan de pårørende bedst muligt kan inddrages i behandlingen.
- Ved anoreksi spiller kropsvægten en central rolle, men vægten alene er kun ét outcome af behandlingen. Der mangler studier, som evaluerer behandlingseffekten på flere outcome end vægt, herunder andre aspekter af anoreksi og aspekter af patientens liv såsom trivsel og livskvalitet.
- Der er kun få head-to-head-studier af psykoterapi. Mange forskellige psykoterapeutiske retninger er forsøgt ved behandling for anoreksi. Der er behov for flere og større psykoterapistudier på området.
- Viden om individuel versus gruppebaseret psykoterapeutisk behandling er meget sparsom og bør undersøges nærmere, herunder også kombinationen af individuel og gruppebaseret psykoterapeutisk behandling.
- En del patienter med anoreksi har behov for døgnindlæggelse eller anden intensiv behandling. Der er behov for viden om, hvornår patienter kan overgå til mindre intensiv behandling, samt hvordan patienterne kan støttes i overgangen bedst muligt.
- Eftersom patienter med anoreksi kan opleve svingende motivation, kan det være vanskeligt at vurdere, hvornår behandlingen bør skifte spor ved manglende effekt. Der er behov for studier herom.
- Der er mangel på velkontrollerede studier om, hvilken vægt behandlingen bør stile efter for at mindske risikoen for tilbagefald, samt hvilken vægtøgning undervejs i behandlingen som giver bedst prognose.
- Normalisering af spisning er et centralt mål for behandlingen, men forskningen inden for måltidsstøtte/spisetræning er meget begrænset.
- En del patienter med anoreksi tvangsmotionerer eller har på anden vis svært ved at etablere et sundt forhold til fysisk aktivitet. Der er et stort behov for studier, som undersøger langtids effekter af fysisk aktivitet som supplement til behandling i øvrigt.

Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens NKR metodehåndbog version 2.1. Metodehåndbogen kan tilgås [her](#).

Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

For en uddybet beskrivelse af de spørgsmål, som denne kliniske retningslinje besvarer, henvises til dokumentet vedr. fokuserede spørgsmål [her](#).

Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Ved evidens vælges en af de første fire typer af anbefalinger. Er der ikke fundet evidens vælges i stedet en god praksis anbefaling.

De fire typer af anbefalinger til evidensbaserede anbefalinger

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Der er således følgende fire typer af anbefalinger:

Stærk anbefaling for ↑↑

Ordlyd: *Giv/brug/anvend...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling for, når der er pålidelig evidens, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Stor gavnlig effekt og ingen eller få skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartet til fordel for interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen.
- Langt de fleste klinikere vil tilbyde interventionen.

Svag/betinget anbefaling for ↑

Ordlyd: *Overvej at...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling for intervention en, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er marginalt større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved en eksisterende praksis, samtidig med at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Følgende vil trække i retning af en svag/betinget anbefaling for:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter.
- Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ønske interventionen, men nogen vil afstå.

- Klinikerens vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Svag/betinget anbefaling imod ↓

Ordlyd: *Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom...*

Sundhedsstyrelsen giver en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når ulemperne ved interventionen vurderes at være større end fordelene, men hvor man ikke har høj tiltro til de estimerede effekter. Den svage/betingede anbefaling imod, anvendes også hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

- Lav eller meget lav tiltro til de estimerede effekter. Balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger ikke er entydig.
- Skadevirkningerne vurderes at være marginalt større end den gavnlige effekt.
- Patienternes præferencer og værdier vurderes at variere væsentligt, eller de er ukendte.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes at ville afstå fra interventionen, men nogen vil ønske den.
- Klinikerens vil skulle bistå patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

Stærk anbefaling imod ↓↓

Ordlyd: *Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...*

Sundhedsstyrelsen giver en stærk anbefaling imod, når der er der er høj tiltro til, der viser, at de samlede ulemper er klart større end fordelene. Det samme gælder, hvis der er stor tiltro til, at en intervention er nyttesløs.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Høj eller moderat tiltro til de estimerede effekter.
- Der er stor tiltro til, at interventionen ikke gavner, eller at den gavnlige effekt er lille.
- Der er stor tiltro til, at interventionen har betydelige skadevirkninger.
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen.

Implikationer:

- De fleste patienter vurderes ikke at ville ønske interventionen.

- Klinikerne vil meget sjældent tilbyde interventionen

For yderligere beskrivelse af de forskellige evidensbaserede anbefalinger se venligst:

<http://www.gradeworkinggroup.org>

De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger

God praksis ✓

For:

Det er god praksis at...

Imod:

Det er ikke god praksis at...

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

Det er god praksis at undlade at...

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at...

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

Bilag 8: Søgebeskrivelse og evidensvurderinger

Søgebeskrivelse fremgår nedenfor. Søgeprotokol samt evidensvurderinger er offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

- Søgeprotokoller kan tilgås [her](#).
- AGREE-vurderinger kan tilgås [her](#).
- AMSTAR-vurderinger kan tilgås [her](#).
- RevMan-filer med risiko for bias-vurderinger og meta-analyser samt beskrivelse af in- og ekskluderede studier kan tilgås [her](#).
- Flow charts kan tilgås [her](#).

Søgebeskrivelse

Til denne retningslinje er søgningerne foretaget i en på forhånd defineret gruppe af databaser, der er udvalgt til søgning til nationale kliniske retningslinjer, jf. [Metodehåndbogen](#). Søgningerne er foretaget af Statsbiblioteket ved Aarhus Universitet (AU Library, Psykiatri) af Karen Tølbøl Sigaard i samarbejde med fagkonsulenter Mette Bentz og Tine Pedersen. Søgeprotokoller med søgestrategierne for de enkelte databaser er tilgængelige ovenfor.

Indledende søgning efter kliniske retningslinjer er foretaget i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), National Guideline Clearinghouse, Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), HTA database, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapssenteret (Norge), Netpunkt, Medline, Embase, PsycInfo og CINAHL.

Søgningerne er foretaget i perioden 13. januar 2016 - 29. marts 2016. Den første del af søgningerne bestod af en søgning efter guidelines. Det andet trin i søgningen var en søgning efter sekundærlitteratur (systematiske reviews og metaanalyser) med udgangspunkt i de fokuserede spørgsmål (PICO). Søgningerne i andet trin er udført i det omfang, at de fundne guidelines ikke besvarede de stillede spørgsmål. I tredje trin er der søgt efter randomiserede kontrollerede studier med udgangspunkt i de endnu ubesvarede dele af de fokuserede spørgsmål (PICO). Til udvalgte fokuserede spørgsmål (PICO) er der endvidere søgt efter observationelle studier. Se alle udførte søgninger i søgeprotokollerne.

Søgetermer

Engelske: anorexia, anorexic, eating disorder(s), disordered eating.

Dansk: anoreksi, anorektisk, spiseforstyrrelse(r), spisevægring.

Norsk: anoreksi, anorektisk, spiseforstyrrelse(r).

Svensk: anorexi, anorektisk, ätstörning(ar).

Inklusionskriterier

Publikationsår: De sidste 10 år (2005-2016).

Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk.

Dokumenttyper: guidelines, clinical guidelines, HTA, meta-analyser, systematiske reviews og randomiserede kontrollerede studier.

For søgningerne på de enkelte PICO's er listen af søgeord omfattende, hvorfor der henvises til søgeprotokollerne.

Bilag 9: Arbejdsgruppen og referencegruppen

Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen for den nationale kliniske retningslinje for behandling af anoreksi består af følgende personer:

- Kristoffer Lande Andersen (formand), udpeget af Sundhedsstyrelsen, akademisk medarbejder i Sundhedsstyrelsen
- Anne Jøker Hansen, udpeget af Danske Fysioterapeuter, afdelingskoordinator og fysioterapeut, Region Hovedstadens Psykiatri, Klinik for Spiseforstyrrelser
- Louise Hjulmand-Frandsen, brugerrepræsentant, socialrådgiver
- Helle Koch-Christensen, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab, koordinator på spiseforstyrrelsesområdet, Børne og ungdomspsykiatri, Kolding-Åbenrå, Psykiatrien i Region Syddanmark
- Bo Skytte Kaa, udpeget af Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser, psykolog, Center for Spiseforstyrrelser, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Midtjylland
- Louise Linde, brugerrepræsentant, medicinstuderende
- Ulla Moslet, udpeget af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, overlæge, Region Hovedstadens Psykiatri, Ambulatorium for Spiseforstyrrelser – indtrådt i arbejdsgruppen fra 3. møde
- Inger Margrethe Nielsen, udpeget af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, overlæge, Psykiatrien Region Sjælland, Børne- og ungdomspsykiatrien Roskilde – udtrådt af arbejdsgruppen efter 2. møde
- Susi Pedersen, udpeget af Dansk Selskab for Klinisk Ernæring, klinisk diætist, cand.scient., Psykiatrien Region Sjælland, Klinik for Spiseforstyrrelser
- Anne Line Vesterager Rasmussen, udpeget af Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser, psykolog, Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center København, Rigshospitalet, Anoreksiklinikken
- Birte Smidt, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab, overlæge, Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center København, Rigshospitalet, Anoreksi sengeafsnit
- Gry Kjærdsdam Telléus, udpeget af Dansk Psykolog Forening, psykolog, Klinisk Institut, Aalborg Universitet

Fagkonsulenterne Tine Pedersen og Mette Bentz har som en del af sekretariatet, jf. nedenfor, været overordnet ansvarlige for litteraturgennemgangen og for at udarbejde udkast til retningslinje til drøftelse i arbejdsgruppen.

Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag. Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer. Habilitetserklæringerne kan tilgås [her](#)

Referencegruppen

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner, patientforeninger og andre relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppen for den nationale kliniske retningslinje for behandling af anoreksi består af følgende personer:

- Kristoffer Lande Andersen (formand), udpeget af Sundhedsstyrelsen, akademisk medarbejder i Sundhedsstyrelsen
- Janni Bruun Andersen, udpeget af Danske Regioner, konsulent i Danske Regioner
- Steen Andersen, udpeget af Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade, generalsekretær i Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade
- Anne L. Eisenhardt, udpeget af KL, distriktsleder i socialpsykiatrien i Sønderborg Kommune
- Jenna Rosenquist Ibsen, udpeget af Region Nordjylland og repræsentant for Dansk Endokrinologisk Selskab, overlæge, Aalborg Universitetshospital
- Anne-Dorthe Kaae, udpeget af Socialstyrelsen, fuldmægtig i Socialstyrelsen
- Ulla Moslet, udpeget af Region Hovedstaden, overlæge, Region Hovedstadens Psykiatri, Ambulatorium for Spiseforstyrrelser – udtrådt af referencegruppen efter 1. møde for at indtræde i arbejdsgruppen
- Peer Nøhr-Jensen, udpeget af Region Hovedstaden, overlæge, Klinik for spiseforstyrrelser på Psykiatrisk Center Ballerup – indtrådt i referencegruppen forud for 2. møde
- Jesper Pedersen, udpeget af Region Sjælland, overlæge, Psykiatrien Region Sjælland, Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri
- René Klinkby Støving, udpeget af Region Syddanmark og repræsentant for Dansk Endokrinologisk Selskab, overlæge, Center for spiseforstyrrelser, Odense Universitetshospital
- Sarah Bang Refberg, udpeget af Sundheds- og Ældreministeriet, fuldmægtig i Sundheds- og Ældreministeriet
- Kristian Rokkedal, udpeget af Region Midtjylland, overlæge, Center for Spiseforstyrrelser, Region Midtjylland
- Kirsten Buur Thomsen, udpeget af Fagligt selskab om mennesker med sindslidelser, socialpædagog, Børne- og Ungdomspsykiatri Odense – Center for Spiseforstyrrelser.

Sekretariat

Sekretariatet for begge grupper består af følgende personer:

- Mette Bentz, Sundhedsstyrelsen (fagkonsulent)
- Marie Jakobsen, Sundhedsstyrelsen (projektleder)
- Louise K. Madsen, Sundhedsstyrelsen (metodekonsulent)
- Tine Pedersen, Sundhedsstyrelsen (fagkonsulent)

- Karen Tølbøl Sigaard, Sundhedsstyrelsen (søgespecialist)

Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for behandling af anoreksi har forud for udgivelsen været i bred offentlig høring. Følgende institutioner er opfordret til og/eller har afgivet høringssvar:

- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Dansk Endokrinologisk Selskab
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Pædiatrisk Selskab
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Distriktspsykiatri
- Dansk Selskab for Fysioterapi, herunder Dansk Selskab for Psykiatrisk og Psykosomatisk Fysioterapi
- Dansk Selskab for Klinisk Ernæring
- Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser
- Dansk Socialrådgiverforening
- Dansk Sygepleje Selskab
- Danske Regioner
- Ergoterapeutforeningen
- Fagligt selskab om mennesker med sindslidelser
- KL
- Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade
- Social- og Indenrigsministeriet
- Socialpædagogernes Landsforbund
- Socialstyrelsen
- Sundheds- og Ældreministeriet

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Loa Clausen, forskningspsykolog og seniorforsker, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Aarhus Universitetshospital
- David Clinton, psykolog og docent ved Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sverige

Bilag 10: Forkortelser og begreber

ABW	Average Body Weight
AFT	Adolescent Focused Therapy (adolescent fokuseret terapi)
CAT	Cognitive Analytic Therapy (kognitiv-analytisk terapi)
CBT-AN	Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa (kognitiv adfærdsterapi til anoreksi)
CBT-E	Cognitive Behavioral Therapy Enhanced for Eating Disorders (transdiagnostisk kognitiv adfærdsterapi til spiseforstyrrelser)
CRT	Cognitive Remediation Therapy (kognitiv remediationsterapi)
DSM-IV/ DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (det amerikanske diagnosesystem for psykiatriske lidelser, femte udgave)
EBT	Educational Behavioral Therapy (edukationel adfærdsterapi)
EBW	Expected body weight (forventet kropsvægt)
EOIT	Ego Oriented Individual Therapy (ego-orienteret individuel terapi)
FBT	Family Based Treatment (familiebaseret terapi)
FPDT	Focal Psychodynamic Therapy (fokal psykodynamisk terapi)
FPT	Focal Psychoanalytic Therapy (fokal psykoanalytisk terapi)
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th edition. WHO's Diagnosesystem, 10. Udgave.
IBW	Ideal body weight (ideal kropsvægt)
IPT	Interpersonal Therapy (interpersonel terapi)
MROAS	Morgan Russell Outcome Assessment Schedule, højere er bedre
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
NSSCM	Nonspecific Supportive Clinical Management (uspecifik, støttende klinisk behandling)
PARQ	Parent Adolescent Relationship Questionnaire. Lavere score er udtryk for bedre relation.
SSCM	Specialised Supportive Clinical Management (specialiseret, støttende klinisk behandling)
SyFT	Systemic Family Therapy (systemisk familierapi)

WHO	World Health Organization
-----	---------------------------